



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**  
**CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**  
**4º ANO**

*Diva Helena Lima Medina, nº 2471*

**A Enfermagem e as Implicações Psicossociais da Mastectomia na  
Mulher Cabo-Verdiana**

Mindelo, de 15 Setembro de 2014

# **A Enfermagem e as Implicações Psicossociais da Mastectomia na Mulher Cabo-Verdiana**

*Diva Helena Lima Medina, nº 2471*

“Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem”

Orientadora:

*Enfermeira Iria Santiago*

Mindelo, 15 de Setembro de 2014

## **Dedicatória**

Este trabalho é dedicado principalmente a minha filha que ficou longe de mim durante toda essa etapa, por ter compreendido essa separação e por ter apoiado em todos os sentidos.

Também dedico-o a todas as pessoas que me são especiais por me apoiaram e por terem estado sempre ao meu lado encorajando-me e confortando-me no desânimo para que não desistisse porque acreditavam nas minhas capacidades.

## **Agradecimentos**

Um trabalho de conclusão de curso não significa uma simples imposição para a obtenção do grau de licenciatura, significa muito mais, pois é o resultado do nosso esforço, que precisa de muitos intervenientes para a sua conclusão e não somente um esforço individual.

Deste modo no fim deste trabalho, o dever e a necessidade de expressar os nossos agradecimentos para todos os que colaboraram para realização deste trabalho e que sem dúvida sem eles o percurso seria mais árduo.

Em primeiro lugar agradeço aos meus familiares, principalmente a minha filha Anailda, por compreender e suportar a minha ausência, agradeço pela paciência, por me ajudarem nos momentos de maior ansiedade.

Aos meus primos Gisela e David por me ajudarem incondicionalmente.

À orientadora Iria Santiago pela paciência, e por se manter incansável sempre encorajando-me para não desistir.

À todos os meus amigos que ajudaram-me sem cessar, nomeadamente Severiana Delgado, Zuleica Morais e Eramilde Santos, que sem eles seria insuportável.

À professora Suely Reis pelo apoio incondicional, por estar sempre presente, quando mais necessitava.

À todos aqueles que de forma directa ou indirecta influenciaram este percurso monográfico.

## Resumo

O cancro da mama é uma das maiores preocupações da saúde pública em todo mundo. É provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos porque o tratamento afecta a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Quando falamos sobre as implicações do tratamento do cancro da mama, a mastectomia, além dos aspectos biofísicos e psicossociais associados, é inevitável não focar a feminilidade e a conotação simbólica do seio da mulher.

A pesquisa teve por finalidade proporcionar uma visão acerca desta problemática, sendo focados aspectos relativos as mudanças ocorridas na vida das mulheres mastectomizadas, bem como a forma de intervenção por parte da equipa de enfermagem em minimizar essas implicações psicossociais.

Para alcançar os objectivos traçados, optou-se por um estudo de um caso clínico no nosso contexto social, sendo este qualitativo exploratório, seguindo um guião de entrevistas com perguntas semiestruturadas divididas em várias categorias.

Da análise das categorias emergiram: conhecimento sobre a doença, mudanças provocadas pela mastectomia, evidenciando as emoções que surgem em relação a mastectomia como o deficit de conhecimento da utente diante da doença e tratamento; estratégia de intervenção dos enfermeiros para minimizar estas implicações psicossociais, auxiliando com as dúvidas e amenizando angústia da utente e familiares recuperação e no bem-estar.

Do estudo do caso clínico concluiu-se que a mulher cabo-verdiana, independentemente da sua cultura vive a experiência de mutilação da mesma forma que outras mulheres anteriormente estudadas, pois na nossa sociedade também se valoriza muito a imagem corporal e pode gerar um desconforto social por causa da curiosidade que tem perante a situação.

Conforme pudemos perceber neste caso a enfermagem teve uma intervenção importante, que foi referida pela utente ao longo da conversa, e que se pode concluir através do ecomapa. Esta pesquisa trouxe contribuições importantes para o conhecimento científico, uma vez que permitiu sinalizar aspectos prioritários para a assistência de enfermagem, visando à reabilitação emocional e social da mulher. Para estas pesquisas, foram utilizadas as seguintes **palavras-chave**: mastectomia, cancro de mama, implicações psicossociais da mastectomia, enfermagem oncológica.

## Abstract

Breast cancer is a major concern of public health worldwide. It is probably the most feared by women due to its high frequency and above all by its psychological effects because treatment affects the perception of sexuality and their own personal image. When we talk about the implications of the treatment of breast cancer, mastectomy, beyond the biophysical and psychosocial aspects associated, is not inevitable focus on femininity and the symbolic connotation of the woman's breast.

This study aimed to provide insight on this problem, being focused aspects of the changes in the lives of women with mastectomies, and the form of intervention by the nursing staff in minimizing these psychosocial implications.

To achieve the stated objectives, we chose a study of a clinical case in our social context, and this exploratory qualitative, following a script of interviews with semi-structured questions divided into several categories.

Analysis of categories emerged: knowledge about the disease, changes triggered by mastectomy, showing the emotions that arise in relation to mastectomy as the lack of knowledge on the user of the disease and treatment; intervention of nurses to minimize these psychosocial implications strategy, assisting with the anguish of doubt and easing user and family recovery and wellness.

The clinical case study it was concluded that the Cape Verdean woman, regardless of their culture lives the experience of mutilation in the same way that other women previously studied, since in our society also values highly body image and can generate social discomfort because it arouses the curiosity of people with whom one lives from day to day.

As we could see in this case had an important nursing intervention, which was referred to the wearer throughout the conversation, and that can be seen through the ecomap. This research brought important contributions to scientific knowledge, since it allowed signal priority issues for nursing care, aimed at emotional and social rehabilitation of women. Mastectomy, breast cancer, psychosocial implications of mastectomy, oncology nursing: the following **keywords** were used for these researches.

## Índice geral

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I - QUADRO CONCEPTUAL .....	13
1.1 Conceitos.....	14
1.2 Doença Oncológica .....	14
1.3 Cancro da mama.....	15
1.4 A enfermagem na prevenção do cancro da mama.....	21
1.5 Técnicas de rastreio detenção do cancro da mama .....	22
1.6 Tratamento .....	24
1.7 Características de selecção para o tratamento do cancro da mama.....	25
CAPÍTULO II - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA MASTECTOMIA.....	26
2.1 Repercussões da mastectomia na mulher .....	27
2.2 Intervenções de enfermagem face as consequências da mastectomia.....	29
2.3 Repercussões da mastectomia no utente e família .....	34
CAPÍTULO III – FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA: ESTUDO CASO .....	38
3.1 Considerações iniciais do estudo.....	39
3.2 Procedimentos metodológicos.....	40
3.3 Estudo de caso .....	40
3.4 Objectivo de estudo .....	41
3.5 Amostra .....	41
3.6 Princípios éticos .....	41
3.7 Método e instrumento de recolha de dados .....	42
3.8 Procedimentos .....	43
3.9 Análise de dados.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61
ANEXOS .....	66

## Índice de figuras

<b>Figura 1-</b> Anatomia da mama .....	17
<b>Figura 2</b> - Genograma.....	53
<b>Figura 4</b> - Genograma.....	55
<b>Figura 5</b> - Ecomapa .....	56



## **Índice de anexos**

<b>Anexo 1</b> - Solicitação de Autorização na Unidade de Oncologia do HBS .....	67
<b>Anexo 2</b> - Solicitação de autorização na Direcção do Hospital Dr. Batista Sousa .....	69
<b>Anexo 3</b> - Declaração de matrícula entregue no Hospital Dr. Batista de Sousa .....	71
<b>Anexo 4</b> - Consentimento livre e esclarecido.....	73
<b>Anexo 5</b> - Guião de entrevista.....	75
<b>Anexo 6</b> - Legenda do Genograma e do Ecomapa.....	79

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi proposto no âmbito do plano curricular do 4º ano de conclusão do curso de licenciatura em enfermagem na Universidade do Mindelo como requisito de avaliação final do curso. Com este trabalho de investigação pretende-se desenvolver a construção de uma postura ideal perante a procura constante do saber científico ao longo da minha carreira profissional com determinação, objectividade e clareza.

O tema escolhido foi: **A enfermagem e as implicações psicossociais da mastectomia na mulher cabo-verdiana.**

A doença oncológica da mama assume uma preponderância cada vez maior entre as patologias crónico-degenerativas que afectam a mulher, devido à sua elevada incidência em termos de morbi-mortalidade. Segundo Murad *et al* (1996, p.27), “deixa repercussões a nível físico, emocional e social, não só nesta mas também na sua família e respectiva rede social envolvente”. O cancro da mama é uma das maiores preocupações da saúde pública em todo mundo. Para Rezende (2002, p.616), “a incidência do cancro da mama está a aumentar em todo mundo por razões não totalmente esclarecidas”.

O cancro é uma das patologias crónicas que tem aumentado em Cabo Verde em número e complexidade, pois Cabo Verde vem acompanhando esta problemática, considerando os 43 casos de cancro de mama diagnosticados nos anos de 2008 a 2013, no serviço de oncologia do Hospital de São Vicente Dr. Batista de Sousa oriundos de várias ilhas, e como consequência evacuação de 20 utentes para o estrangeiro para realização de tratamentos sendo a maioria das vezes a mastectomia.

O cancro, independentemente da sua etiologia, é reconhecido como uma doença crónica e degenerativa cujo diagnóstico e tratamento acarreta para o utente um vasto leque de consequências psicológicas, uma vez que continua a ser fortemente associado a sentimentos de desesperança, medo, dor e, inevitavelmente, morte (Bittencourt, Menezes, Sória e Sousa, 2008, p. 24).

Tendo presente toda a problemática associada à identificação de angústias expressas por estas mulheres como questões sobre o futuro, receio da morte, verbalização de medos relacionados com a aparência física, os enfermeiros devem ser capazes de combinar com o carinho e com o pensamento crítico estratégias de intervenção relacionado com o tratamento.

Nessa linha de pensamento, Regateiro (2004, p.59), afirma que “os enfermeiros devem abordar tanto as necessidades psicossociais dos utentes como também devem olhar para além das condições, encarando a mulher como um indivíduo com necessidades distintas mais inserindo no contexto familiar”.

Este trabalho tem como objectivo fazer a contextualização e enquadramento do tema de monografia: A enfermagem e as implicações psicossociais da mastectomia na mulher cabo-verdiana, bem como um estudo de um caso clínico relacionado com o tema como forma de uma melhor compreensão do mesmo.

A maior razão de escolha do tema baseou-se na experiência que se obteve no decorrer dos ensinamentos clínicos frequentados com mulheres com cancro de mama. O interesse por esta problemática emergiu pelas questões associadas à pessoa em situação de doença, sobre as implicações da doença e do tratamento na sua vivência normal e na percepção individual de qualidade de vida.

Este tema é de suma importância para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem a mulher mastectomizada, visto que ainda é um tema pouco explorado no nosso contexto social e profissional, desenvolvendo algumas propostas para o aperfeiçoamento do cuidar e também será um instrumento de investigação que permitirá ao enfermeiro traçar estratégias de cuidados aos utentes, que devem ser vistos na sua totalidade, sendo uma forma de enriquecimento tanto a nível pessoal como também académico.

A investigação oncológica disponibiliza actualmente importantes conhecimentos sobre os diversos aspectos desta temática. O enfermeiro que cuida em oncologia deve ter uma visão optimista da doença oncológica, ser positivista e não derrotista. Conforme é salientado por Regateiro (2004, p.31), “um enfermeiro deve ter um profundo conhecimento de todas as situações relacionadas com esta doença e com as emoções que o utente pode apresentar”.

Como já mencionado anteriormente, o interesse por essa temática surgiu durante um período de ensino clínico, porque convivendo todos os dias com essas mulheres, observando as suas preocupações em relação a essa patologia e o que iria acontecer com elas no caso de fazerem uma mastectomia, “que é a remoção total ou parcial do tecido mamário, incluído o mamilo e a auréola e todo o revestimento acima do músculo grande peitoral” (Otto, 2000, p.108).

Constatei que essas mulheres mesmo com este problema não conseguem falar de uma forma directa tudo o que sentem. Da necessidade de clarificação da forma como a mastectomia afecta a imagem corporal e a sexualidade das mulheres, questionei-me de como os enfermeiros poderiam intervir perante esta situação e assim, nasce a seguinte problemática: **quais as intervenções de enfermagem que visam minimizar e podem melhorar as consequências psicossociais da mastectomia?**

Segundo Fortin (1999, p.48), “a questão de investigação expressa-se sob a forma de uma interrogação explicita relativa ao problema a examinar e a analisar com o objectivo de obter novas informações”. Investigar é a forma mais compreensível de dar resposta a uma questão que se coloca nas nossas vivências em sociedade e cuja ciência ainda não foi capaz de encontrar solução.

Reconhecendo que ainda é frágil a relação entre profissionais e utentes com este problema, e também e nos contactos diários com essas mulheres e com os profissionais de saúde deste serviço, tendo em conta de que se tratava de um grupo necessitando de intervenção específica, foi-se tornado evidente e imprescindível, até de um grande significado pessoal e profissional a decisão da abordagem deste tema tão temido pelas mulheres que é a mastectomia, porque considero que é um tema bastante pertinente e com este estudo posso aprofundar os meus conhecimentos teóricos e práticos relativamente aos impactos psicossociais que a mastectomia pode provocar para que no futuro eu possa conseguir traçar melhores estratégias de intervenção de enfermagem, relativamente a este problema que esta afectando a vida das nossas mulheres cabo-verdianas nos dias de hoje.

### **Objectivo geral**

➤ Identificar quais as intervenções de enfermagem que visam minimizar as implicações psicossociais da mastectomia na mulher cabo-verdiana.

Tendo por referência esta intensão traçou-se como **objectivos específicos**:

➤ Aprofundar os conhecimentos sobre a patologia de cancro de mama, suas causas e consequências com vista a descrever o fenómeno;

➤ Perceber os processos do tratamento do cancro da mama especificamente a mastectomia;

➤ Identificar as implicações psicossociais da mastectomia na mulher cabo-verdiana através de um estudo de um caso clínico.

O conhecimento científico vai muito além do conhecimento empírico, já que procura conhecer, além do fenómeno em si as suas causas. Segundo Freixo (2012, p.68), “o conhecimento só se dá de maneira absoluta, quando sabemos qual a causa que produziu o fenómeno e o respectivo motivo, porque não pode ser de outro modo, ou seja este saber ocorre através da demonstração”.

De acordo com a temática que foi motivo de investigação - A enfermagem e as implicações psicossociais da mastectomia na mulher cabo-verdiana e as características do presente estudo pretende-se, realizar inicialmente uma revisão de literatura do tema tratado, como também delinear para um estudo qualitativo que é um trabalho descritivo exploratório, pois irei desenvolver o estudo de um caso clínico.

O trabalho encontra-se organizado em três grandes capítulos, permitindo uma ligação de conceitos de uma forma metódica e organizada. Nisto, os capítulos expostos demonstram o conteúdo que cada um suportará:

O capítulo I enfatiza o quadro conceptual, os conceitos chave inerentes a compreensão da temática exposta, assim os principais conceitos explanados encontram-se primeiramente pressupondo a exploração do geral para o específico, optou-se por começar a abordar o tema central que é a doença oncológica, depois tornando o assunto mais específico fala-se do cancro da mama de acordo com elementos de interesse que permitem melhor compreensão como anatomia e fisiopatologia, rastreio e detecção e as formas de tratamento mais específico a mastectomia que é o principal tema de estudo.

O capítulo II denominado a assistência de enfermagem no enfrentamento da mastectomia, abarca as questões sobre repercussões da mastectomia na mulher, como o impacto a nível bio-psico-social, a nível da imagem corporal; algumas considerações sobre o significado da mama feminina, e também as intervenções de enfermagem perante a mulher e família desde a fase pré diagnóstica consecutivamente a fase pós operatória.

O capítulo III encontra-se o enquadramento metodológico onde irei explicar a metodologia, o tipo de estudo, o método de recolha de dados; e posteriormente o estudo de um caso clínico como forma de melhor compressão do tema, a análise e discussão dos dados e a referida consideração final e no final referências bibliográficas.

Quanto a metodologia elegida para a elaboração deste trabalho, optei por realizar pesquisas de documentos relacionados com a problemática, em base de dados *online*, nomeadamente RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) e outros motores de busca, e também em livros, e revistas.

## **CAPÍTULO I - QUADRO CONCEPTUAL**

## 1.1 Conceitos

Segundo Freixo (2012, p.95), “antes de iniciar uma investigação, o investigador necessita de conhecer a teoria já existente, pois é ela que servirá de indicador para a delimitação e enquadramento do campo ou área que carece de investigação”.

Neste capítulo será exposto conceitos inerentes a problemática em estudo, é importante a análise dos mesmos para dar a conhecer o que já foi estudado sobre este assunto e esta matriz teórica vai ao encontro dos objectivos propostos.

O mesmo autor define o quadro teórico através da seguinte linha definidora:

“A teoria permite estabelecer um sentido, uma orientação para se restringir a amplitude dos factos a serem estudados, pois que uma determinada área infindável a quantidade de dados que podem ser estudados. Com efeito, cada autor dirige a sua atenção sobre determinados aspectos, [...] “delimitando parâmetros, estudando os fenómenos mais significativos neles contidos, ou seja, explorando uma amplitude de coisas, ao mesmo tempo que ignora ou faz suposições sobre outras” (Freixo 2012, p.83).

A autora demonstra claramente na sua afirmação que numa revisão da literatura oferece uma credibilidade científica para um trabalho pois cada autor tem a sua maneira de pensar e interpretar um fenómeno, retirando as suas próprias conclusões.

Como forma de uma melhor compreensão do tema será abordado aspectos conceptuais acerca de: conceitos que envolvem a doença oncológica, abordagem dos aspectos fisiopatológicos e etiológicos do cancro da mama que levam a mastectomia, conceitos relativos a mastectomia, reflectir acerca do impacto da mastectomia na qualidade de vida de uma mulher e posteriormente falar sobre a importância de assistência de enfermagem enquanto modelo de actuação.

## 1.2 Doença Oncológica

Segundo Laborde (1977, p.1):

“A descoberta do cancro deu-se nas civilizações antigas, descrita por Hipócrates em diversos desenhos manuais. Ele fez a primeira nomenclatura do cancro, denominou primeiramente “oncos” aos tumores benignos que significava inchaço, e “carcinós” aos malignos, que em grego significa caranguejo, devido a semelhança que as veias se estendem num tecido tumoral igual aos dos pés dos caranguejos. Mais tarde acrescentou o sufixo “oma”, e passou a designar os tumores malignos de carcinoma”. O tratamento era baseado na “humor teoria” dos quatro fluídos corporais (bile amarela e negra, sangue e muco), que permaneceu até o século XIX.”

Ainda “foi o primeiro a identificar a palavra “carcinos”, e desde então os utentes reagem com medo e desespero perante um diagnóstico de cancro”, (Pereira e Lopes, 2005, p.32).

Este conceito foi ultrapassado com a evolução científica a par dos avanços tecnológicos operados nas últimas décadas na área da oncologia, têm proporcionado a implementação de um diagnóstico precoce e de tratamentos ajustados a cada doente. A doença oncológica deixou de ser considerada como uma doença fatal, passando a ser vista como uma doença crónico - degenerativa. Doença crónica “é quando há a persistência de uma doença por mais de seis meses e pode afectar o funcionamento do indivíduo em qualquer aspecto: físico, social ou emocional podendo apresentar oscilações entre estados óptimos de saúde e recaídas sérias colocando em risco a vida da pessoa” (Potter e Perry, 2006, p.11).

### **1.3 Cancro da mama**

Na década de trinta, “o cancro da mama era considerada como uma doença que se desenvolvia em pessoas que haviam cometido algum mal e que deveriam pagar com uma doença sem cura, provocando assim o isolamento perante a sociedade” (Sant Anna, *apud* Sampaio, Ana, 2006, p. 4).

Nos anos quarenta “o cancro da mama passa a ser relacionado com os maus hábitos como por exemplo (fumar e ingerir bebidas alcoólicas)” (*Idem*). Muitas pesquisas foram feitas até que este conceito foi ultrapassado, tanto que Otto (2000, p. 91) salienta que “não existe uma causa única de cancro de mama pois trata-se de uma doença heterogénea, que se desenvolve pela acção de muitos factores de risco para a mulher e a maioria dos quais continuam desconhecidos.” Ainda menciona que “várias características parecem aumentar a probabilidade no desenvolvimento do cancro da mama na mulher, sendo essas características factores de risco”.

Reafirma ainda Rothrock, (2008, p.567) que “a causa do cancro da mama ainda é desconhecida e que vários factores incluindo ambientais, alimentares, influências familiares foram sugeridos como contribuintes para o desenvolvimento.” Ainda salienta que “a antiga crença de que o cancro da mama dissemina-se por extensão directa do sítio primário na mama para linfónodos subjacentes pode nem sempre estar correcta”.



Segundo Otto (2000, p. 91), “o risco do cancro da mama pode expressar-se como risco de desenvolvimento ou risco de morte pela doença. O risco é maior em mulheres mais velhas, porque o cancro da mama ocorre com mais frequência em idades avançadas.” Afirma ainda que “os factores relacionados com a vida reprodutiva da mulher, “menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia, história familiar de cancro e genética e terapia de reposição hormonal estão bem relacionados com o desenvolvimento do cancro da mama” (*Idem*).

### **1.3.1 Fisiopatologia do cancro de mama**

Segundo Marek (2003, p. 287) “a enfermagem oncológica desde 1975 é reconhecido nos Estados Unidos, como uma subespecialidade da profissão de enfermagem” visto que “os enfermeiros oncológicos devem ter uma base alargada de conhecimentos, nas áreas de fisiopatologia e da psicossociologia”. Salienta ainda que “para o enfermeiro prestar cuidados alargados tem que ter conhecimentos profundos sobre prevenção, controlo e tratamento do cancro” (*Idem*).

Antes de descortinar os principais focos etiológicos, é necessário compreender os aspectos fisiopatológicos gerais do cancro. Assim sendo Olivaux (2004, p.62), “O cancro de mama como uma das doenças de comunicação entre as células, sendo que uma célula cancerosa não ouve as mensagens das células vizinhas, prolifera de forma anárquica dando origem a um tumor”.

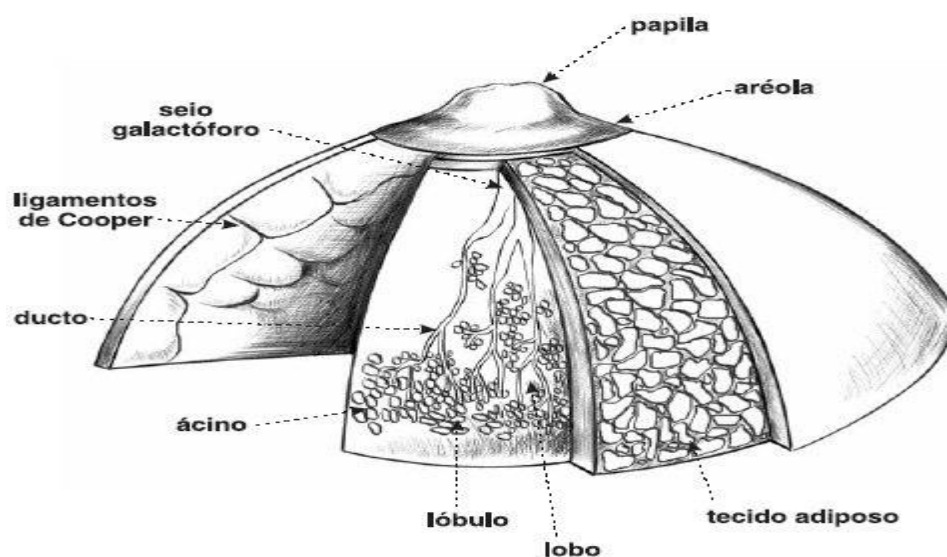
Os enfermeiros envolvidos no cuidado dos utentes com cancro de mama devem compreender os princípios da fisiologia normal e anormal. E para melhor compreensão da neoplasia mamaria, Robins e Cotam (2003, p.1075) afirmam que “as que doenças da mama são mais bem entendidas no contexto da sua anatomia normal”. Explicam a anatomia cirúrgica da mama sendo que:

“As mamas são glândulas Bilaterais que se repousam na fáscia do músculo peitoral, na parede torácica anterior.” Ainda, “elas são envoltas por uma camada de gordura e estão encerradas em um envelope cutâneo, estendem-se desde a 2ª até a 6ª costela e horizontalmente, desde a borda lateral do externo até a linha média axilar designada por *cauda de spence*”.

Seguindo nessa linha de pensamento, Sousa e Simões (2005, p.301) afirmam que “é um local propício de alterações mamárias”. Para o Ministério de Saúde do Brasil (2002 p.19) “a maior parte da glândula mamaria faz o tecido conjuntivo do músculo peitoral maior e, lateralmente, no músculo serrátil anterior (quadrante superior externo da mama) com um contorno globular natural ocorrendo como resultado do suporte da fáscia.

Um prolongamento do tecido mamário normalmente estende-se lateralmente pelo músculo peitoral maior, em direcção a linha média axilar, e é conhecido como *cauda da spence*. Cada mama é constituída por 12 ou 20 lobos glandulares separados por tecido conjuntivo. Cada lobo drena para o único ducto lactífero que se abre no mamilo. O mamilo, localizado aproximadamente no quarto espaço intercostal, forma uma projecção cónica na qual os ductos se abrem, independentemente uns dos outros, na superfície. Uma área pigmentada circular, chamada *aureola* envolve o mamilo. Fibras muscularem lisa da auréola contraem-se permitindo a projecção dos mamilos (Phipps, 2003, p.1791).

Três sistemas artérias principais suprem generosamente as glândulas mamarias. As fontes são os ramos das artérias internas e dos ramos laterais das artérias internas da artéria mamária e os ramos laterais das artérias intercostais aórticas anteriores, que formam em conjunto uma extensa rede de anastomoses pela mama. As veias principais da drenagem das mamas seguem o curso das artérias. As veias superficiais frequentemente dilatam-se durante a gestação (Sousa e Simões, 2005, p.301).



**Figura 1-** Anatomia da mama

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil (2002, p.18).

Otto (2000, p.3) debuta que “todas as células têm a capacidade de se reproduzirem, incluindo também as células da mama. E sempre que são destruídas as remanescentes do mesmo tipo, reproduzem-se ate ser restabelecido o número correcto”.

Sendo assim “quando há um crescimento anormal nas células mamárias pode-se considerar presente de uma neoplasia” Ministério de Saúde do Brasil (2002, p. 13).

Ocasionalmente erros de desenvolvimento da mama podem ocorrer. Segundo Chagas (2011, p.46) “as glândulas mamárias são afectadas por três tipos de alterações fisiológicas”:

- 1 - Aquelas relacionadas ao crescimento e desenvolvimento;
- 2 - Aquelas relacionadas ao ciclo menstrual;
- 3 - Aquelas relacionadas com a gestação e lactação.

Em acréscimo (Otto, 2000, p. 5) afirma que:

“Os padrões de crescimento neoplásico são caracterizados por dois mecanismos: a primeira é a anaplasia que significa “sem crescimento” e distingue-se pela mudança irreversível na qual as estruturas celulares adultas regressam as formas primitivas, em que as mesmas perdem a capacidade de funções especializadas, resultando em desorganização funcional e estrutural característico das células neoplásicas”. O outro mecanismo entende-se por neoplasma que significa “um novo crescimento” e representa uma massa de tecido anormal, que ultrapassa os limites da massa do tecido normal, com falha no funcionamento normal das células. O que mais caracterizam essas células é sem dúvida o crescimento e divisão irregulares, funcionamento incontrolável e mobilidade”.

Peixoto (2013, p. 9) diz que “o cancro da mama é uma desordem onde o crescimento celular deixa de ser coordenado pelas necessidades do organismo de novas células, formando uma colónia de células, relativamente indiferenciadas e que com o tempo, ultrapassa o número de células saudáveis a sua volta”.

Seguindo esta mesma linha de pensamento, Otto (2000, p .4) afirma que:

“O cancro aparece quando células normais se transformam em células com informações genéticas incorrectas, de tal forma que tornam incapazes de cumprir as funções para as quais estavam designadas.” Ainda salienta que” nas células malignas as mudanças celulares que ocorrem vão permitir que elas se multipliquem rapidamente e invadem tecidos e órgãos adjacentes”.

Assim “o processo de transformação de uma célula normal para cancerosa designa-se de carcinogénese, e engloba diversos tipos de lesões, desde as pré-cancerosas até os tumores de grande malignidade” (Peixoto, 2013 p.11). Salienta ainda que “a carcinogénese consiste no processo de transformação de uma célula normal em cancerosa” (*Idem*).

Segundo Phipps (2003, p.287) “as células neoplásicas possuem diferenciadores com relação as células normais, estas diferenças são detectadas desde da morfologia, diferenciação, crescimento e reprodução,” portanto é necessário compreender as principais diferenças existentes entre os tipos de células já descritas, passa-se a apresentar algumas delas:

- Clonalidade - alterações genéticas numa única célula, que se desenvolve para formarem o clone das células malignas;
- Autonomia - crescimento descontrolado, que não obedece ao controlo das substâncias bioquímicas e físicas normais do ambiente;
- Anaplasia - carência de diferenciação normal e coordenada das células;
- Metástases - as células malignas tem a capacidade de crescer descontinuadamente e de disseminar para as outras áreas do corpo.

### **1.3.2 Etiologia do cancro da mama**

Com base na compreensão de uma forma exacta dos conceitos fisiopatológicos no processo cancerígeno, importa agora referir os principais factores para a lesão genética e transformação neoplásica (carcinogénese). As investigações têm demonstrado que não existe uma causa única de cancro de mama, “a sua etiologia é na grande maioria multifactorial” (Otto, 2000, p.92).

E ainda refere que o “sexo feminino tem mais probabilidade de ocorrência de alterações mutagénicas, sendo esta situação” (*Idem*). Para Rothrock (2008, p.566) e Otto (2000, p. 91), “o risco do cancro da mama pode expressar-se como risco de desenvolvimento ou risco de morte pela doença. O risco é maior em mulheres mais velhas, porque o cancro da mama ocorre com mais frequência em idades avançadas”.

### **1.3.3 Factores de risco**

Um factor de risco é uma condição que aumenta a probabilidade de um individuo ou um grupo contrair uma determinada doença ou lesão. Deste modo, a relação causal não é determinante isto, é o facto de um factor de risco estar presente não implica que a doença apareça no entanto os indivíduos a eles sujeitos tem maior probabilidade de desenvolver a doença dos que não tem. Existem alguns comportamentos de riscos que são meramente responsabilidade do ser humano e outros que não por isso é importante que as pessoas estejam bem informadas.

Assim sendo Berek (2005, p.1882), Israel (1978 p.49), Robbins e Cotran (2005, p.1075) referem que, as causas seguintes são consideradas como factores de riscos mundialmente reconhecidos que podem aumentar a probabilidade do desenvolvimento do cancro da mama:

- **Idade e sexo** – O risco de desenvolver cancro de mama aumenta conforme a idade. A maioria dos casos de cancro de mama avançado ocorre em mulheres com mais de 50 anos. As mulheres têm 100 vezes mais probabilidade de desenvolver câncer de mama do que os homens (Cotran e Robbins, 2005, p.1075);
- **Histórico familiar de câncer de mama** - Você também pode apresentar maior risco de câncer de mama se tiver um familiar próximo que teve câncer de mama, de útero, de ovários ou de cólon. Cerca de 20 a 30% das mulheres com câncer de mama possuem histórico familiar da doença (Otto, 2000, p. 27);
- **Genes** - Algumas pessoas têm genes que geram uma propensão maior ao desenvolvimento do câncer de mama. Os defeitos genéticos mais comuns são encontrados nos genes BRCA1 e BRCA2. Mas se o pai ou a mãe passar para o filho o gene defeituoso, o risco de desenvolver cancro de mama aumenta. As mulheres com um desses defeitos têm até 80% de chance de desenvolver cancro de mama em algum momento da vida. (Cotran e Robbins, 2005, p.1075);
- **Ciclo menstrual** - As mulheres que tiveram a primeira menstruação muito cedo (antes dos 12 anos) ou que passaram pela menopausa muito tarde (depois dos 55) apresentam um risco maior de câncer de mama Israel (1978, p. 49);
- **Nuliparidade**- As mulheres que nunca tiveram filhos ou que só tiveram após os 30 anos têm mais risco de câncer de mama. Engravidar cedo ou mais de uma vez diminui o risco de câncer de mama. (Otto, 2000, p. 27);
- **Terapia de reposição hormonal (TRH)** - A chance de desenvolver cancro de mama é maior quando se recebe terapia de reposição hormonal por muitos anos. Muitas mulheres usam a TRH para diminuir os sintomas da menopausa. (Israel, 1978, p.49);

- **Obesidade** - A obesidade tem sido associada ao câncer de mama, mas essa relação ainda é controversa. Teoricamente, as mulheres obesas produzem mais estrogênio, o que pode estimular o aparecimento de câncer de mama (Maurice 1997, p. 60).

Alguns factores como maior consciência da população, maior número de mulheres realizando auto-exame da mama e a detecção precoce dos tumores mamários através da mamografia, contribuem para o declínio anual da mortalidade por cancro de mama.

#### **1.4 A enfermagem na prevenção do cancro da mama**

Para uma boa prevenção é preciso eliminar os factores predisponentes do cancro ou melhor dizendo para eliminar as possibilidades de desenvolver um cancro é preciso um diagnóstico e um tratamento precoce. Segundo Chagas (2011, p.405) “a detecção precocemente, além de diminuir a mortalidade, diminui também a morbilidade”.

Ainda Peixoto (2013, p.12) refere que “a prevenção, rastreio e detecção precoce estão entre as melhores estratégias na luta do cancro.” Nisto, a *National Cancer Institut*” *apud* Otto (2000, p.33) refere que “a prevenção primária (apontando medidas para que o cancro não se venha a desenvolver) e a prevenção secundária (atingindo a detecção e tratamento precoce do cancro, enquanto o seu estágio de cura)” estão entre os principais objectivos.

O enfermeiro como principal agente de saúde ligado a promoção e prevenção de saúde deve saber identificar os sintomas característicos do cancro da mama.

Segundo Otto (2000, p.37), os sintomas são os seguintes:

- Mama dolorosa ou tumefacção nas axilas;
- Irregularidades na pele (“covinhas” e/ou “enrugamento”) ou retracção mamilar;
- Supuração ou esmamação mamilar;
- Edema (pele em casca de laranja);
- Eritema e ulceração;
- Mudança no tamanho, contorno ou configuração da mama.

Reconhecendo todos essas sintomas o enfermeiro deve intervir na educação para a saúde da mulher oferecendo informações e aconselhamentos com vista a prevenir ou melhorar as consequências devastadoras que esta doença propicia. Segundo Phaneuf (2001, p.401), “desde o início do século as enfermeiras integram o ensino a pessoa cuidada e da sua família nas suas funções profissionais”.

Salienta ainda que “o ensino ao utente, estabelece um processo pedagógico que fornece a pessoa cuidada, informação sobre a sua doença, a sua prevenção e o seu tratamento” (*Idem*).

A importância dessa educação vai fazer com que a pessoa tome consciência das suas capacidades de autonomia e de responsabilidade pela sua evolução para atingir um melhor estado de saúde. O enfermeiro tem como responsabilidade a transmissão de conhecimentos para a mulher e familiares com risco de cancro de mama, proporcionando conhecimentos suficientes para reconhecimento dos sintomas característicos.

Segundo Dorothea Orem *apud* Tomey (s/d) “um dos pilares da prevenção do cancro da mama é o auto cuidado”. Define o auto cuidado como “a capacidade complexa adquirida para atingir a maturidade e amadurecer pessoas para saber e colmatar as suas necessidades contínuas de acção deliberada, intencional para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento humano” (*Idem*).

A autora mostra claramente a importância da mulher conhecer a si mesma para poder identificar alterações quando aparecerem. Perante isso o enfermeiro tem como responsabilidade, de fazer a educação para a saúde da mulher instruindo-lhe sobre as formas de rastreio e detenção de sinais característicos do cancro da mama.

Assim para fornecer informação sobre a saúde e apoio “o enfermeiro deve ser sensível as crenças sociais, culturais, técnicas e religiosas, valores e atitudes que podem afectar a receptividade individual das estratégias de promoção de saúde e da prevenção da doença” (Otto, 2000, p.49). O autor salienta ainda que “O rastreio e a detenção precoce têm um significado pequeno, mas pode implicar uma sentença de morte a alguém que não teve ter acesso aos cuidados de saúde”. (*Idem*).

### **1.5 Técnicas de rastreio detenção do cancro da mama**

Segundo Rothrock (2008, p.567) “o cancro de mama pode ser uma condição sistémica no momento de sua detenção pela palpação.” Ainda refere que, A sobrevida do cancro da mama é maior quando a detenção é precoce, reduzindo o envolvimento linfonodal e aumentando a sobrevida ao longo prazo” (*Idem*).

Ainda, Otto (2000, p. 90) refere que "a detecção precoce continua a ser a chave para o controle do cancro da mama". Salienta também que:

"Métodos de imagem, como a mamografia auxilia na detecção de nódulos muito pequenos para serem detectados clinicamente. A mamografia pode detectar densidades anormais margens espiculadas ou irregulares, microcalcificações e depósitos de cálcio clinicamente impalpáveis. Estas lesões podem ter apenas 3 a 10 cm de diâmetro".

Acompanhando por um auto exame da mama, regular, cuidadoso "o cancro da mama pode ser detectado precocemente, quando se encontra em fase de possível cura, muitas vezes com a intervenção cirúrgica conservadora" (Rothrock, 2008, p.567).

O impacto psicossocial da prevenção e tratamento do cancro da mama na mulher ou família permanecem como maior responsabilidade clínica de pesquisa para a enfermagem. Os enfermeiros são igualmente vitais nos esforços da educação dirigida a prevenção do cancro da mama, ensinando o auto exame da mama e as linhas de orientação na mamografia e nos exames profissionais da mama e retraindo a esperança da cura com a detecção precoce.

De acordo com Santos (2008, p. 22) "a avaliação psicossocial são os processos em que são valorizadas as cinco dimensões inerentes ao ser humano: Psicológica (mental/emocional), Cultural / Social / Espiritual / Fisiológica". Essa avaliação tem como pressuposto uma visão global do ser humano, em que se valoriza, não só, aquilo que vemos, mas também todas as redes de interações que existem sobre o ponto de vista Físico, Psicológico e Social, que interferem na satisfação das suas necessidades.

Os enfermeiros dos centros de saúde tem um forte contributo na prevenção do cancro da mama, através do aconselhamento a realização de mamografias e também o ensino da técnica da auto-avaliação da mama, para despiste do cancro da mama. Durante os ensinamentos clínicos, consegui constatar todo o esforço de prevenção dedicado por parte dos enfermeiros dos centros de saúde de São Vicente, com vista a minimizar este problema que cada dia tem vindo a aumentar na nossa sociedade.

Também existe uma liga cabo-verdiana de luta contra o cancro da mama, que tem dado um forte contributo neste sentido. Promovem caminhadas, palestras de aconselhamento e estão sempre dispostas para oferecerem todo o apoio possível para quem desejar ampliar seus conhecimentos sobre este problema.



O diagnóstico precoce do cancro vai favorecer na melhor escolha de tratamento do cancro da mama. Para Barros (2001, p.71) “O tratamento de qualquer tipo de cancro tem como objectivo último a sua eliminação. O método escolhido depende de vários factores: localização, o seu estágio de evolução, idade do utente”.

## **1.6 Tratamento**

Os avanços científicos e tecnológicos ocorridos na saúde oncológica permitiram a combinação de tratamentos sendo estes baseado em muitos factores, incluindo o tipo e o estágio do cancro. Estes tratamentos segundo Otto (2000, p.109) incluem:

- A lumpectomia - refere-se a uma excisão alargada com o mínimo de três centímetros de tecido mamário normal a volta do tumor;
- A mastectomia radical modificada remove toda a mama juntamente com os nódulos linfáticos e o revestimento por cima do músculo peitoral;
- A mastectomia radical também referida como mastectomia simples, onde todo o tecido mamário incluindo o mamilo e a auréola e todo o revestimento acima do músculo peitoral é removido;
- A mastectomia parcial, com excisão do tumor com grandes margens de tecido mamário;
- Quadrantectomia, remoção de todo o quadrante mamário que contem o tumor com a pele subjacente e o revestimento acima do músculo grande peitoral.

Ainda, Rothrock (2008, p.571) segue a linha de pensamento realçando que “podem ser usadas radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia em conjunto com a cirurgia ou como métodos alternativos de tratamento.

### **1.6.1 Mastectomia**

Segundo Otto (2000, p. 110), “a mastectomia tem sido o primeiro tratamento com a taxa de cura na ordem dos 100%”. O mesmo refere que “o objectivo dessa cirurgia tem sido, sempre, alcançar o controlo local e regional da doença.” (*Idem*) pois “a mastectomia consiste na remoção cirúrgica duma mama, geralmente devido a presença de um cancro, e pode clarificar-se de acordo com as áreas de tecido, desde a glândula até os músculos peitorais grande e pequeno” (Bruges, 2007, p. 9).

Para Chagas (2011, p.51) “a retirada da mama como forma de tratamento surgiu no século XVI, a técnica cirúrgica foi aprimorada no século XVII, com desenvolvimento de instrumentos específicos”.

## 1.7 Características de selecção para o tratamento do cancro da mama

Para Otto (2000, p.109), O tratamento de cancro pode ser local ou sistémico: Os tratamentos locais “compreendem somente a região da doença, a radioterapia e também a cirurgia”. Ainda,” escolha da cirurgia depende do tamanho e localização da massa, as suas características das células, do estágio da doença e da escolha da paciente. Rothrock (2008, p.571).

Segundo Otto (2000, p.109) “para mulheres com câncer de mama nos estágios I, II e III, o principal objectivo é tratar o câncer e evitar que ele volte”. Salienta ainda “para mulheres com câncer de mama no estágio IV, a meta é amenizar os sintomas e ajudá-las a prolongar a vida. Na maioria dos casos, o câncer de mama em estágio IV não pode ser curado” (*Idem*).

Quase todos os utentes com cancro de mama que são operáveis “são candidatos a mastectomia radical modificada, visto que este procedimento permite um controlo local e estadiamento patológico”. Ainda “as mulheres para as quais este procedimento se apresenta apropriado, incluem as seguintes características (*Idem*):

- História familiar marcada de casos de cancro da mama;
- Biopsia ductal ou carcinoma *in situ* contralateral, multicêntrico ou cancro da mama invasivo;
- História familiar de carcinoma *in situ* contra lateral multicêntrico ou cancro de mama invasivo.

Porém, “as consequências produzidas pelos eventos terapêuticos provocam consequências que repercutem no estilo de vida e na conotação psicossocial dos utentes oncológicos” (Pereira e Lopes, 2005, p.34). A utente que esta a ser submetido a uma cirurgia da mama (mastectomia) “pode estar extremamente apreensiva em relação a possibilidade, de perder uma parte de seu corpo, de enfrentar uma reacção negativa do seu conjugue e da sua família e de experimentar uma modificação em sua imagem” (Rothrock, 2008, p.571).

## **CAPÍTULO II - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA MASTECTOMIA**

## 2.1 Repercussões da mastectomia na mulher

A mastectomia sendo a principal escolha de tratamento do cancro da mama causa efeitos negativos na mulher. Segundo Alarcao (1989, p.9) “normalmente induz na mulher uma grande carga emocional, relacionada com o sofrimento, medo, angustia dor e morte”. Sendo também uma doença que esta ligada a imagens e emoções que transmitem visões assustadoras de uma doença mortal, que durante o seu desenvolvimento é

Ainda “produz efeitos negativos no auto estima, e auto imagem da mulher pois o foco de atenção é um órgão repleto de simbolismo para a mulher tanto na feminilidade, sexualidade e maternidade” (Seara, 2012, p. 13). Segundo Yalon, *apud* Seara (2001, p.14) “transpondo os limites da visão anatomo-fisiológica da mama feminina, está é considerada como símbolo de feminilidade, maternidade, atractividade e sexualidade”. A mama é provavelmente a parte do corpo feminino com mais carga simbólica para a sociedade” (*Idem*).

Independentemente da óptica sociocultural, “a importância atribuída aos seios, ao longo dos tempos, tem sido predominantemente masculina. “Ainda, o mesmo autor, refere que “os seios são considerados, sobretudo pelos homens como sinal erótico vital numa manifestação amorosa”. Representam também a beleza feminina sendo, portanto evidente que “as qualidades estéticas e eróticas do seio assumem uma relevante importância na sociedade actual”. (*Ibidem*)

Nesse sentido, Chagas (2011, p.11) diz que “a mama como símbolo estético, constitui-se alvo das primeiras manifestações de arte e que os gregos centralizavam como o símbolo primordial do amor e sexualidade”. O facto de as mamas serem vistas como um dos principais atractivos sexuais de uma mulher leva-nos a pensar que qualquer patologia que ameace este órgão pode conduzir a uma perda de auto-estima, acarretando sentimentos de inferioridade e rejeição. Assim sendo, a mastectomia pode provocar mudanças significativas na vida das mulheres tanto física emocional e social.

Para Seara (2012, p.13) “uma mastectomia pode afectar o equilíbrio físico e emocional da mulher por provocar alterações na imagem corporal, que podem desencadear sentimentos de perda, de mutilação, de castração, de inferioridade, podendo significar para a mulher a perda da feminilidade”.

Para Otto (2000, p.124), de ordem física “pode ocorrer infecção após a cirurgia e há uma limitação nos movimentos dos braços e ombros e consequentemente limitações nas actividades diárias da vida normal”. No campo social causa dificuldades pois as mulheres sentem vergonha e escondem a mutilação neste sentido. Regateiro (2004, p.25) afirma que “o significado do cancro para cada um é pessoal, e esta relacionado com as experiencias anteriores, com a idade, os preconceitos culturais e até a informações transmitidas pelos meios de comunicação social”. O corpo é uma criação sociocultural. Nele se inscrevem ideias, crenças e as imagens que se fazem dele, ou seja, a imagem dominante é que será valorizada socialmente.

Aqueles que não estão no padrão socialmente elaborado como por exemplo uma mulher mastectomizadas, acabam por sofrer uma rejeição social e também um auto discriminação, e esse processo tem um impacto negativo sobre a auto-imagem. Essa imagem corporal negativa pode determinar o aparecimento de baixa auto-estima e de depressão e sofrimento influenciando na qualidade de vida.

A auto-estima da mulher diminui porque a mulher sente-se inferior a outras mulheres porque perdeu algo de tanto significado tanto pessoal como social. Para Townsend (2011, p.251), “o auto conceito é a componente cognitiva ou de pensamentos do *self* e geralmente referem-se a totalidade de um sistema complexo, organizado e dinâmico de crenças aprendidas, atitudes e opiniões que cada pessoa tem como verdadeiras sobre a sua existência pessoal.”

Normalmente quando uma mulher passa a sentir-se inferior a outras mulheres deixa de gostar de si mesma por causa da mudança da sua imagem corporal. A imagem corporal “é a imagem que cada pessoa tem do seu próprio corpo, influencia significativo o modo como uma pessoa pensa o que sente o seu corpo como um todo, as suas funções e as suas sensações (Sousa e Simões, 2005, p.301).

Sendo assim, a mastectomia pode afectar a qualidade de vida dessas mulheres, e segundo Organização Mundial de saúde a qualidade de vida é “a percepção do individuo de sua posição de vida, no contexto da cultura, sistemas dos valores nos quais ele vive em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Conde, Pinto-Neto, Júnior, 2006 *apud* Araújo, 2011, p.5). Segundo Peixoto (2013, p.3), a qualidade de vida é descrito “como um juízo subjectivo do grau em que se alcançou a satisfação ou um sentimento de bem-estar pessoal, mas associada a determinados indicadores objectivos, biomédicos, psicológicos, comportamentais e sociais”.

Nessa linha de pensamentos Couver (2001,p. 17) diz que “é a partir dessa visão da qualidade de vida, que entra a importância da enfermagem neste contexto, pois o enfermeiro exerce uma função importante neste processo, assumindo o papel de apoio e de promover esforços na busca de melhor qualidade de adaptação da mulher a sua nova situação”.

Na visão de Virgínia Henderson, “A função do enfermeiro é ajudar o indivíduo doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para saúde ou para a recuperação ou para uma morte serena, que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse força, a vontade ou o conhecimento necessário” (Henderson, 2004, p.3).

Esta realidade implica uma maior preocupação dos profissionais de saúde em manterem-se actualizados técnica e cientificamente nesta área, de forma a melhorar o nível de cuidados prestados, aumentar a autonomia das pessoas e respectivas famílias, e melhorar a sua qualidade de vida.

Para Regateiro (2004, p.31) “o enfermeiro que cuida em oncologia deve ter um profundo conhecimento de todas as situações relacionadas com esta doença e com as emoções que o utente pode apresentar.” Salienta ainda que “a enfermagem dirigida ao cancro é um desafio de criatividade, aptidão e empenho do enfermeiro” (*Idem*).

## **2.2 Intervenções de enfermagem face as consequências da mastectomia**

As intervenções de enfermagem podem melhorar e minimizar as consequências psicossociais da mastectomia na mulher, porque a assistência de enfermagem é imprescindível para a mulher e familiares desde o momento da descoberta o diagnóstico, a escolha do tratamento bem como o período do pós-operatório, porque a assistência de enfermagem revela-se imprescindível para o acompanhamento a esses utentes que se caracterizam como utentes fragilizados psicologicamente, socialmente e principalmente a sua readaptação na sua dinâmica familiar, e social.

### **2.2.1 A Comunicação na fase pré-diagnóstica**

Quando uma mulher verbaliza uma alteração na sua mama e o profissional de saúde encontra uma massa palpável ou quando o relatório da mamografia não é normal,” a mulher experimenta seguidamente episódios de medo e ansiedade” (Otto, 2000, p.119).

Muitas mulheres quando recebem a notícia que tem um cancro de mama, “elas associam esse diagnóstico de certeza de morte, pois apesar de ser um facto inerente a própria vida, o diagnóstico traz uma consciência maior do facto de que se vai morrer” (Chagas, 2011 p.67).

O significado atribuído ao diagnóstico de cancro da mama é individualizado e “é influenciado pelas experiências anteriores, pessoais ou familiares, como doença oncológica, grau de escolaridade, cultura, suporte social e informações fornecidas pelos profissionais de saúde, ou por outros factores internos” (Eizirik e Ferreira *apud* Regateiro 2004, p.31).

Assim para Ogden (2004, p.56), a mulher vai passar por várias fases quando diagnosticado com o cancro da mama nomeadamente:

- **Negação;** em que existe uma recusa em aceitar a realidade, o utente tenta por tudo negar o diagnóstico, seja que o tumor regreda ou não evolua para que assim possa controlar a sua vida;

- **Revolta e projecção;** instala-se após a fase de negação, é uma fase em que o indivíduo se questiona, “o porque eu?”, pode surgir uma revolta em relação a equipa médica e de enfermagem. Normalmente esta ligada a sentimentos de frustração e de impotência para controlar a sua própria vida;

- **Culpa;** é vulgar observar utentes que vivem em situação como um castigo, outros que se culpam por não terem ido ao médico mais cedo;

- **Depressão;** normalmente aparece quando o utente já não consegue negar a sua doença e surge a recidiva. A raiva cede no lugar de resignação, o utente passa a estar triste, calado pouco activo;

- **Resignação;** existem poucos utentes que resistem a estas fases. Normalmente os que atingem referem que tem a sensação de dever cumprido.

A confrontação com diagnóstico do cancro de mama repercute com intensa violência para a pessoa, nesta fase o utente deve ser auxiliado quanto ao tratamento a seguir de modo que as suas decisões sejam com base em informações detalhadas, tendo em conta sempre o estágio e a urgência cirúrgica em que se encontra.

É crucial a intervenção de enfermagem, fornecendo estratégias para favorecer o processo de aceitação do diagnóstico para possível tratamento. O apoio emocional é sem dúvida importante para a pessoa, pois permite que este expresse seus sentimentos e dúvidas e permite concomitantemente uma maior adaptação ao diagnóstico.

O enfermeiro deve incentivar para a mulher uma atitude optimista e expectativas positivas acerca do problema da mama. Para Fernandes (2004, p.123) “os optimistas são mais persistentes a lutar pelo seu estado de saúde,” sendo que uma pessoa optimista está melhor preparada para lidar com as situações de crise, tolerando melhor a adversidade, evitando melhor mecanismos de negação ou distanciamento dos problemas.

Segundo Otto (2000, p.119), o enfermeiro deve:

- Explicar as propostas dos procedimentos, sua preparação e justificação das etapas requeridas para do diagnóstico (mamografia, ecografia, biopsia localizada com agulha e biopsia excepcional);
- Fornecer literatura informativa quando apropriado;
- Dar oportunidade ao utente de falar sobre os seus medos e conceitos relacionados com o possível diagnóstico;
- Explicar os cuidados após os procedimentos;
- Encorajar o utente a ser acompanhada de um familiar, amigos ou outros significativos quando vier para ser informado dos resultados dos exames;
- Estar presente se possível quando for comunicado ao utente os resultados da biopsia.

### **2.2.2 Comunicação na fase pré-operatória**

A fase pré operatória tem início no momento da decisão da cirurgia e termina quando o utente é transferido para o bloco operatório, e “o principal objectivo nesta fase consiste em familiarizar o utente os resultados esperados no pós-operatório” Regateiro (2000, p.529).

Dai a necessidade, quase primaria de estabelecer um clima de confiança, de abertura, onde medos e receios sejam veiculados e compreendidos, sendo que “a utente que está a ser submetida a uma cirurgia da mama pode estar extremamente apreensiva em relação a possibilidade de perder uma parte de seu corpo, de enfrentar uma reacção negativa do seu conjugue e da sua família e de experimentar uma modificação em sua imagem” (Rothrock, 2008, p.573).

Desta forma o enfermeiro na entrevista observa e analisa o comportamento do utente e os conhecimentos que possui sobre a intervenção cirúrgica. É através da entrevista que o enfermeiro observa o seu comportamento, meio sociocultural, compreensão da intervenção cirúrgica, nível de conhecimentos e medos.

Isto é extremamente importante no que respeita as alterações da imagem corporal, uma vez que o tratamento cirúrgico do cancro da mama está mais ou menos associada a intervenções radicais. Outro ponto importante de intervenção de enfermagem na fase pré-operatória é a ética profissional, no que respeita a escolha de tratamento do cancro de mama.



Segundo Chagas (2011, p.11) “o princípio ético da autonomia forma a base do processo do consentimento, necessário para a protecção da liberdade do individuo, necessitando para a protecção da liberdade do individuo e do seu direito de escolha”.

Portanto é muito importante que seja realizado um preparo psicológico adequado antes da realização da cirurgia com todas as informações necessárias sobre as vantagens e consequências de cada tratamento mais respeitando a sua escolha de tratamento. Segundo Luiz (2007, p. 227) “o fornecimento de informação é um aspecto básico em contexto de saúde pois “o consentimento informado é uma dimensão ética básica defendida”.

### **2.2.3 Comunicação na fase operatória**

Nesta fase, “o enfermeiro deve perceber que a hospitalização e a cirurgia são associadas a experiência de *stress*, por isso deve se estar atento a manifestações do utente, como sentimento de tristeza e perda antecipada (parte ou a totalidade da mama)” (Regateiro 2004, p.51).

A hospitalização e a cirurgia estão associadas a experiencias de “*stress*” devidas a separação da família, e também sentimentos de tristeza e perda antecipada da mama na totalidade, gerando um sentimento de apreensão do resultado anatomopatológico. Este stress segundo Ogden (2004, p.285) “é causado por mudanças fisiologias, comportamentais e psicológicas”.

O utente faz um auto-conceito de si próprio, que “é um sentimento ou avaliação de si próprio, avaliando a mudança da sua imagem corporal depois de ser mastectomizadas, considerando-se um ser diferente ou que tem uma deficiência” (Fernando 2004, p.112).

Segundo Hesbeen (2003, p.40) “a deficiência é uma alteração prolongada da estrutura anatómica, fisiológica ou psicológica de um individuo”. Esta avaliação vai levar a uma diminuição de auto-estima,” que é a componente efectiva do autoconceito, pois a auto-imagem é a imagem que o individuo tem de si mesmo” (Bruges, 2007, p.28).

Segundo Hesbeen (2003, p.15) “há muitas pessoas que tem o peso a carregar sobre os seus ombros porque as suas características se afastam de uma norma pessoal e social criada ou vinculada pelas outras pessoas”.

Salienta ainda que:

“A condição do ser humano é corporal, pois é seu corpo que o individualiza estabelecendo a fronteira da sua identidade pessoal. “O ser humano não existe senão por meio de suas formas corporais que o inserem no mundo, toda modificação de sua forma faz com que outra definição de sua humanidade seja construída (*Idem*)”

Toda a doença física é acompanhada, de algum grau de perturbações da imagem corporal. “Qualquer amputação implica sempre a perda de um órgão ou função, trata-se, portanto, de uma perda física (um “ataque ao corpo biológico”) que implica uma alteração da aparência, com consequente desvalorização da imagem estética” (Black e Jacobs 1996, p. 1257).

Qualquer que seja o estado do utente ele necessita sempre de cuidados que visem o tratamento da sua patologia específica e todos estes cuidados devem garantir uma linha de tratamento contínuo e sem quebras antes, durante e após a cirurgia e só podem e devem ser prestados pelo pessoal de enfermagem. Independentemente do local de cirurgia o utente sujeito a cirurgia requer sempre avaliação, cuidados, ensino e apoio. Segundo Otto (2000, p.122) além do ensino para o utente e família sobre o cuidar do local operado, ainda deve “fazer a descrição da aparência da ferida porque pode ser útil para algumas mulheres antes de olharem para o local da cirurgia”.

Segundo Rothrock (2008, p.573):

“A identificação dos medos e preocupações da paciente ajuda a planejar intervenções de enfermagem apropriadas. A utente deve identificar a mama se possível o quadrante onde a massa está localizada. A enfermeira também deve avaliar a compreensão da paciente em relação ao procedimento cirúrgico proposto”.

#### **2.2.4 Fase pós-operatória**

Nesta fase é importante o enfermeiro envolver a família como todo neste processo pois segundo Regateiro (2004, p.63) “os objectivos principais dos cuidados prestados nesta fase são a preparação do utente e familiares para a alta”. Este ensino inclui ensino activo sobre a situação da ferida incluindo os procedimentos de prevenção a infecção a reabilitação como também as implicações psicológicas que a mastectomia vai causar na mulher e familiares.

Nessa mesma linha de pensamento, “o profissional precisa ser sensível à fronteira porosa que separa o sofrimento da mulher acometida e a dor emocional dos familiares” (Ambrosio, 2011, p.56). Na preparação para a alta o enfermeiro inicia o ensino do auto cuidado e ainda a melhor adaptação da sua nova situação (*Idem*).

Ainda vai ensinar para utente e familiares a lidar com possíveis limitações causadas pela mastectomia. Recomenda sobre procurar pessoas que já tiveram na mesma situação, reforçando a integração em grupos de apoio favorecendo assim na reintegração social e apoio de aumento de auto-estima. Orienta sobre a importância do período de “*follow-up*”. Que é uma avaliação feita para identificar a recorrência da doença e as complicações do tratamento. Sendo o risco de recorrência muito elevado nos primeiros dois anos após o diagnóstico, será recomendado a vigilância médica, de três em três meses, nos primeiros dois ou três anos, passando depois para uma avaliação anual.

### **2.3 Repercussões da mastectomia no utente e família**

Segundo Potter e Perry (2008, p.11) “a doença é um estado em que o funcionamento da pessoa. Em termos físicos, emocionais, intelectuais, sociais, de desenvolvimento, ou espirituais, esta diminuindo o afectado, quando comparado com uma situação anterior”

Para Regateiro (2004, p.26) “a doença oncológica origina distúrbios não apenas de ordem física mas também de ordem psíquica e emocional .”

Salienta ainda que:

“Ao longo da sua existência a família constrói uma estrutura e um equilíbrio onde cada membro tem um lugar e realiza as suas tarefas.com o aparecimento de uma doença grave, esta estrutura e esse equilíbrio vai ser alterado ou destruído,fazendo com que haja uma mudança global do sistema familiar. O impacto da doença vai alterar os planos do futuro, as responsabilidades e as relações interpessoais” (*Idem*).

A existência do cancro da mama, consequentemente a mastectomia como tratamento num elemento familiar vai alterar o estilo de vida do utente e família alterando ainda a sua estabilidade emocional. (*Idem*). Causa sempre um impacto psicológico não só no utente como também na família. Todo o processo da doença é vivido pelo paciente e pela sua família como um momento de intensa angústia, sofrimento e ansiedade (Ogden, 2004, p.371).

Como acrescenta Fernando (2004, p.137) “o utente e famílias vivenciam no tratamento, preocupações em relação à morte”. Assim, Altschul (s/d, p.123) refere que “os enfermeiros tem uma grande importância junto as famílias do utente pois encontram-se em melhores condições do que os familiares para tomarem conta do utente, pois o envolvimento emocional é menor”.

Desta forma, é importante que a equipa de enfermagem esteja atenta às necessidades básicas dos utentes mastectomizados, com o intuito de prestar à ele e aos seus familiares cuidado com qualidade, contribuindo para a melhora da qualidade de vida desses utentes.

Para Fernando (2004, p.137) “os cuidadores familiares oferecem qualidades que não se encontram em outros cenários, nomeadamente a afeição”. Os familiares têm grande importância para o tratamento e reabilitação de um membro familiar quando se encontra doente pois “quando no seio de uma família um dos elementos é subitamente acometido com uma deficiência e necessita de ajuda em determinadas necessidades de vida é comum ser o conjugal ou outros familiares o principal apoio e o principal cuidador”(idem).

Fernando (2004:138) refere que ao ser confrontada com uma situação de doença ou seja neste caso a mastectomia, a família passa por quatro etapas para se adaptar a situação:

- Enfrentar a realidade;
- Impacto;
- Desorganização;
- Procura de explicação.

Ainda, complementa que a adaptação da família pode ser influenciada pelos seguintes factores:

- O tipo de família;
- A importância do utente no seio familiar;
- Os antecedentes da doença na família;
- A evolução da doença.

Para Pereira (2002, p.55) “é importante que se considere sempre a família e os amigos mais íntimos no processo do cuidar”. A família deve ser envolvida nos cuidados para que se preparem adequadamente para aceitarem melhor as alterações que podem surgir com os tratamentos, desenvolvendo menos complicações psicológicas (Clark,1997, p.58).

Ainda afirma que:

“O enfermeiro deve saber ouvir os familiares, ouvi-los expressar os seus sentimentos, os seus receios, as suas expectativas, dúvidas e preocupações sobre o futuro, para assim conseguir estabelecer uma boa relação de confiança consequentemente desenvolver uma boa relação de ajuda”(idem).

De igual forma Luiz, (2007, p.215) afirma que “o enfermeiro tem funções primordial de apoio psicológico enquanto membro da equipe que participa neste processo”. No que toca ao relacionamento conjugal, é importante o enfermeiro explicar sobre a importância da estabilidade, porque muitas vezes a mulher sente inferior as outras mulheres por causa da falta da mama, e começa a isolar do próprio companheiro. De acordo com Townsend (2011, p.251) “uma perturbação na própria imagem corporal pode ocorrer com alterações na estrutura corporal e consequentemente considerada como perdas”.

Segundo Fernando (2004, p.143) ”muitas vezes o casamento é uma fonte eficaz de apoio social, havendo correlações entre a estabilidade conjugal e o estado de saúde.” Ainda a mulher sofre também alterações de interação social depois da mastectomia porque a sociedade tem por norma estigmatizar as pessoas cujos padrões de beleza não estão nos padrões considerados normais. A sociedade estabelece um modelo de categorias e tenta catalogar as pessoas conforme os atributos considerados comuns e naturais pelos membros dessa categoria. A “função nômica” do universo simbólico “põe cada coisa em seu lugar certo” ( Berger *et al* ,1998, p.247).

Seguindo a mesma linha de pensamento, Goffman (1975, p.12) diz que “enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável [...]”.

Assim deixamos de considerá-la criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída. Para Fernando (2004, p.137) “tal característica é estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande, e se uma mulher encontra sem uma parte do corpo, está fora do padrão natural da organização corporal da mulher no estado normal”. Algumas tentam reverter a sua condição se dedicando a situações que lhes seriam quase impossíveis; na maioria e nas distintas relações entre estigmatizados e normais [...], “há aqueles que se tornam auto-isolados, inseguros, agressivos, retraídos, perceptíveis do mal-estar na interação, [...]” (Goffman, 1975, p.20).

A enfermagem tem um papel fundamental na reinserção social da utente mastectomizada e família porque promove um ensino de auto-aceitação da utente e famílias, aconselhamento para uma possível reconstrução mamária como também elaboração de actividades anteriormente desenvolvidas.

Como já mencionado anteriormente, em São Vicente no Hospital Dr. Batista de Sousa, existe um serviço de ambulatório de oncologia que dão seguimento dos casos já diagnosticados, tratados, em tratamento ou em fase terminal, e também existe consultas de enfermagem onde são aconselhadas os utentes sobre algumas consequências do tratamento, inclusive sobre o impacto que podem causar, no caso a mastectomia.

Esta intervenção de enfermagem vai ajudar o utente e família na melhor adaptação a nova situação como também favorecer na reabilitação social.

### **CAPÍTULO III – FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA: ESTUDO CASO**

### 3.1 Considerações iniciais do estudo

A incidência do cancro da mama em Cabo Verde acompanha a tendência mundial. Segundo os registos da unidade de oncologia do hospital Dr. Batista de Sousa, desde o ano 2008 a 2013 foram diagnosticadas 43 casos de cancro de mama com 20 evacuações. Estes números não mostram com exactidão a incidência do cancro de mama no Hospital Batista de Sousa, pois são registos dos casos que passaram por este serviço no período acima referido.

O Ambulatório de Oncologia no Hospital Dr. Batista de Sousa foi criado em 15 de Julho de 2008, e tem por missão abordagem do cancro da mama na sua perspectiva de diagnóstico e tratamento precoce, nas suas fases precursoras e em estádios iniciais, criando condições de serem orientados todos os casos suspeitos de lesão maligna já instalada ou de lesão pré maligna. Neste serviço é feito seguimento dos casos já diagnosticados, tratados, em tratamento ou em fase terminal tendo em vista facultar menor sofrimento e morte digna.

A primeira abordagem é feita pelo enfermeiro que recebe, orienta e encoraja as mulheres na sua primeira consulta de patologia da mama. A enfermagem agiliza todo o processo de evacuação apoiando nos exames complementares e no apoio emocional das mulheres que deixam a sua família e os seus filhos para um país desconhecido.

Foi neste ambulatório onde eu vivenciei a ansiedade das mulheres à espera dos resultados de exames para confirmar o diagnóstico, à espera para uma junta de saúde para tratar no exterior.

Considerando este número que está a aumentar a cada dia quis entender também como comporta as mulheres cabo-verdianas perante este problema porque o impacto do tratamento do cancro da mama traz consequências devastadoras e um evento importante na vida de uma pessoa, pois “um utente com cancro e sua família são acometidos por momentos carregados de emoções / sofrimentos dor, raiva angústia ansiedade desde o momento de seu diagnóstico e durante o seu tratamento.” (Regateiro, 2004,p.36)

Ainda é de realçar que os utentes são evacuados para o Portugal quando são diagnosticados com cancro de mama precocemente e também aqueles que tem recurso económicas vão para outros países como o caso desta senhora que foi para o Brasil.

Para elaborar este trabalho, escolhi utilizar como objecto de estudo está inquirida, que da continuidade ao tratamento, neste mesmo Ambulatório de oncologia do Hospital Dr. Batista de Sousa que será o meu **campo empírico**.



Escolhi esta senhora por ser uma utente assídua às consultas, com responsabilidade perante os exames e o *follow-up* e por ser um exemplo de luta, tendo já refeito a sua vida profissional e social.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998, p.157) “é preciso circunscrever o campo de análises empíricas no espaço geográfico e social, e no tempo. Depois de eleger o campo empírico é preciso identificar os objectivos a alcançar num trabalho de pesquisa”.

Segundo Fortin (1999, p.100), “o objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis, a população alvo e a orientação da investigação” além disso “o objectivo de estudo harmoniza-se com o grau de avanço dos conhecimentos e escreve-se em termos que indicam o tipo de investigação a empreender ou seja: denominar, descrever factores, explorar ou examinar relações predizer avaliar os efeito (*Idem*)”.

### **3.2 Procedimentos metodológicos**

Nesta fase, que é a fase metodológica, “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas, escolhe um desenho apropriado com a determinação de um método, define a população e a amostra, assim como o instrumento de colheita de dados e a análise de dados” (Fortin, 1999, p. 40).

Para Fortin (2009, p. 53) “é no decurso dessa fase que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas as questões de investigação ou verificar hipóteses”. Segundo Fortin (1994, p.26) “a investigação em ciências de enfermagem provém de investigação sistemática...Sobre as clientelas, quer seja sobre a prática dos cuidados e sobre os seus efeitos junto dos clientes dos seus familiares, da comunidade, quer seja ainda sobre estudos dos contextos dos cuidados.”

Desta forma, a fase metodológica foi constituída pelo tipo e método de estudo, as considerações éticas tidas em conta, a amostra escolhida, o instrumento de recolha de dados, bem como o tratamento de dados.

### **3.3 Estudo de caso**

De acordo com a temática que foi motivo de investigação - A enfermagem e as implicações psicossociais da mastectomia na mulher cabo-verdiana e as características do presente estudo pretende-se, realizar uma revisão de literatura do tema tratado, como também delinear para um estudo qualitativo que é um trabalho descritivo exploratório, pois irei desenvolver o estudo de um caso clínico.

Para Freixo (2012, p.120), “o estudo de caso desenvolve-se na exploração intensiva de uma simples unidade de estudo de um caso (ex: indivíduo, família, cultura), apresentando grandes semelhanças com a observação naturalista ou científica”.

Assim sendo a metodologia utilizada neste trabalho monográfico é o tipo activo e qualitativo visto que o objectivo deste trabalho será estudar, analisar, descrever e compreender um problema.

### **3.4 Objectivo de estudo**

A pesquisa teve por finalidade proporcionar uma visão acerca desta problemática, sendo focados aspectos relativos as mudanças ocorridas na vida das mulheres mastectomizadas, bem como a forma de intervenção por parte da equipa de enfermagem em minimizar essas implicações psicossociais.

### **3.5 Amostra**

Segundo Fortin (2009, p.312) “a amostra representa fielmente a população em estudo”.

Participou deste estudo uma mulher, com idade de 50 anos, submetida à mastectomia radical da mama esquerda, ou seja, retirada total de uma das mamas, que faz um tratamento continuado na unidade de oncologia do Hospital Dr. Batista de Sousa, que apresenta as características do objectivo de estudo. O nome fictício foi designado de Orquídea.

### **3.6 Princípios éticos**

A ética no seu sentido mais amplo, “é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta, de forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que tem um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 1999, p.114).

Ainda, Freixo (2012, p.206) salienta que “a ética é a ciência da moral de dirigir a conduta ou seja podemos dizer então de forma mais geral que a ética se apresenta como um conjunto de permissões e interdições que assumem especial valor e significado na conduta dos indivíduos”. A participante foi esclarecida sobre o objectivo e finalidade do estudo. É neste aspecto que Fortin (1999, p.119) afirma que existem um conjunto de princípios ou direitos fundamentais das pessoas, descritos abaixo, que se espera ver respeitado pelo investigador.

Consequentemente, a elaboração deste estudo irá respeitar e proteger todos estes direitos assim foi entregue um termo de consentimento informado a participante, explicando tudo sobre o estudo, também foi informada que pode recusar em colaborar ou a desistir em qualquer momento pois “todas as pessoas tem direito de não participarem seja de que modo for numa qualquer investigação” (Freixo, 2012, p.206).

### **3.7 Método e instrumento de recolha de dados**

Para Quivy (1999, p. 183) “esta operação consiste em recolher ou reunir concretamente as informações determinadas juntam as pessoas ou as unidades de observação incluídas na amostra”. Como instrumento de recolha de dados utilizarei a entrevista através de um guião de entrevistas com perguntas semiestruturadas. Para Fortin (1999, p. 40) “a colheita de dados efectua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda de instrumentos [...]”.

Será entrevista, seguindo um Guião de entrevistas, (anexo 5) com perguntas semiestruturadas, feita de forma pessoalmente, individualmente com questões abertas. “O entrevistador permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto, mas, quando este se desvia do tema original, esforça-se para a sua retomada” (Freixo, 2012, p.221).

Em relação à entrevista, esta pode ser considerada para este trabalho como uma conversa intencional, geralmente entre duas ou mais pessoas, dirigida por uma delas, com o objectivo de obter informações sobre a outra (Santos, 2006, p. 75). Especificamente, a entrevista semiestruturada consiste em inquirir o entrevistado por meio de uma série de perguntas previamente formuladas com possibilidade de ampliar o tema e as perguntas, caso seja considerado oportuno.

#### **3.7.1 Recursos Humanos e Materiais**

A colecta de dados foi realizada pela pesquisadora deste estudo. Utilizou-se como recursos materiais: papel, caneta e gravador mp3. Os instrumentos utilizados para a colecta de dados foram:

Ficha de anamnese da utente: contém os dados relacionados com a patologia.

Entrevista semiestruturada com uma questão aberta, com roteiro com questões guia; nela a conversa é gravada e transcrita na íntegra.

### **3.8 Procedimentos**

O primeiro passo foi o contacto com a directoria clínica do Hospital Dr. Batista de Sousa para que essa pudesse autorizar a pesquisa e foi entregue uma carta de pedido de autorização na directoria do Hospital (anexo 2) e outra directamente no Director do Ambulatório de Oncologia (anexo 1), juntamente com uma declaração de matrícula da escola (anexo 3)

Após a aprovação agendou-se o dia para contacto com a utente. Realizou-se o agendamento com a utente para a colecta dos dados. Os instrumentos desta pesquisa foram aplicados em um só momento.

Para a colecta de dados, a participante foi informada dos objectivos do estudo, além de devidamente esclarecida sobre um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 4) estando livre para retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum, resguardando a identidade e o sigilo da utente. Todas as falas foram gravadas mediante a autorização da própria, que foi esclarecida sobre o sigilo dos dados pessoais e sobre a possibilidade dos resultados serem divulgados ao meio científico.

Para a colecta de dados, utilizou-se a entrevista aberta que atende finalidades exploratórias e também é bastante utilizada para o detalhamento de questões e formulação mais precisa de conceito relacionado.

#### **3.8.1 Processo de colecta de dados para o estudo de caso**

No primeiro momento realizei a entrevista com as questões norteadoras, e quando terminei a entrevista em relação as implicações psicossociais, expliquei para a entrevistada a importância da construção do genograma e do ecomapa para caracterização de sua rede familiar e social e apoio de equipa de enfermagem que a sustenta. Atenta as informações sobre a família e amigos, o apoio social e da equipe de enfermagem fornecidas pela participante constitui juntamente com a entrevistada o genograma e o ecomapa. Ao dar forma ao genograma e ecomapa solicitei para a entrevistada o nome de alguns parentes que tivessem passado pela mesma experiencia de algum cancro.

Durante a construção do ecomapa pedi a entrevistada que indicasse pessoas e instituições de sua rede social que ela considerava fazer parte do processo de tratamento e reabilitação do cancro da mama. Além disso pedi-lhe que apontasse o tipo de relacionamento entre ela e essas pessoas e instituições. A duração desta entrevista durou 03 horas.

No momento de análise de dados constatei que seria importante a elaboração de um outro genograma, para conhecer a vivência anterior da mulher a fim de que pudesse ser marcadas as diferenças existentes nos momentos anteriores e posteriores do acometimento da doença. Importante realçar também que o genograma retrata antecedentes familiares da entrevistada com cancro. A participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o seu nome foi designado por “*Orquídea*” (o nome da paciente foi trocado para preservar sua identidade) nas descrições a seguir.

### **3.9 Análise de dados**

Todas as falas foram transcritas na íntegra para posterior análise. Assim, buscou-se identificar as falas que caracterizaram os conflitos vividos pela utente, bem como os aspectos positivos e negativos do tratamento. Para analisar estes aspectos fez-se a análise de conteúdo da entrevista com auxílio do modelo de Avaliação de Família de Calgary, através do ecomapa e genograma.

Segundo Hanson (2005, p.189) “o modelo foi, desenvolvido para a enfermagem por Wright e Leahney e permite que o enfermeiro compreenda as etapas da família para poder avaliar e intervir de um modo mais objectivo específico e significativo”. Também permite ao enfermeiro avaliar o funcionamento familiar e a forma como se comportam uns com os outros. Esse modelo refere que:

- Uma mudança ocorrida num membro da família afecta todos os restantes membros da família;
- Ainda o mesmo modelo retrata sobre a importância na mudança no sei familiar sendo a mudança não ocorre necessariamente de modo igual em todos os membros da família;
- A mudança acontece devido a um encaixe entre as ofertas terapêuticas e as estruturas bio-psico-social dos membros da família.

Segundo Hanson (2005, p.189):

“O genograma vai demonstrar a representação gráfica de dados sobre a família, inclusive antecedentes familiares com cancro e durante a sua construção há a visualização da dinâmica da utente e as relações entre seus membros, através de símbolos e códigos padronizados, em pelo menos três gerações, desta forma, fornece bases para a discussão e análise das interações familiares e compreensão da patologia em si. O ecomapa é um mapa ecológico ou seja representa as inter-relações dos organismos uns com os outros dentro do ambiente”.

No ecomapa os membros da família são representados no centro do círculo. Já a rede social da família aparece em círculos externos. O uso do ecomapa e o genograma como auxílio de análise e interpretação, servem para demonstrar as implicações causadas pela mastectomia na vida da mulher.

A legenda da genograma e o ecomapa vem no (anexo 6).

### **3.9.1 Apresentação e discussão dos resultados**

Após transcrição e leitura dos relatos, foi realizada a selecção das temáticas que apareceram como as mais destacadas durante a entrevista, ou seja, aquilo que estava sendo mais importante e problematizado e que era pertinente aos objectivos da pesquisa. O levantamento das categorias proporcionou a explicação da realidade vivenciada pela mulher mastectomizada desde a descoberta do nódulo até as implicações produzidas pela perda da mama e suas implicações na sexualidade e na sociedade e são descritos nos parágrafos abaixo.

Este capítulo apresenta de uma primeira, a fase de descrição de aspectos pessoais relacionados com a utente, a estrutura familiar bem como todo o processo de descoberta a confirmação do diagnóstico até o tratamento. Em seguida apresentarei em geral os conteúdos colhidos na entrevista e sua interpretação. É importante realçar que os dados destacados são fruto do meu encontro com a entrevistada e a análise constitui um meio de identificar as implicações ocorridas na vida de uma mulher depois da mastectomia.

Para uma melhor compreensão dessas implicações foi imprescindível construir um genograma e um ecomapa do contexto social e familiar da entrevistada antes e depois da mastectomia.

**Descrição de aspectos pessoais relacionados com a utente, da estrutura familiar bem como todo o processo de descoberta a confirmação do diagnóstico até o tratamento.**

#### I- Informações pessoais

A Sra. Orquídea nasceu na ilha de São Vicente no ano de 1964. Concluiu o 6º ano de administração e comércio e actualmente é professora do ensino básico.

Teve a menarca aos 18 anos de idade, iniciou a vida sexual aos 21 anos e casou-se com 22 anos. Refere que depois do casamento considerava ainda um pouco nova para ter filhos e sete anos depois teve o primeiro filho.

A maternidade foi planeada em todos os aspectos, visto que refere ter feito todos os procedimentos, como as consultas pré natal, incluindo as análises entre outros procedimentos indispensáveis. Refere não ter tido nenhuma limitação para engravidar pois anteriormente fazia o controlo com anticoncepcionais quando decidiu engravidar parou de controlar e um mês depois estava grávida.

Refere sempre ter tido um comportamento saudável visto que fazia sempre consultas periódicas e nega ter tido alguma doença anterior. Refere antecedentes familiares, com um tio com cancro de pulmão e uma tia com cancro de mama.

Durante algum tempo ela queixou-se ter tido algumas dores na mama esquerda e também no braço esquerdo, fez consultas e mamografias por causa disso mas as análises não diagnosticaram nenhuma magnitude, e os médicos disseram-lhe que ela não tinha nada e que era tudo psicológico. Ela continuou com as dores e começou um tratamento caseiro, fazendo mascarar na mama e no braço esquerdo com argila todos os dias. Depois de algum tempo ela refere ter sentido melhorias.

Sozinha decidiu ir de férias para o Brasil, e durante esta estadia resolveu consultar uma clinica de mastologia para confirmar que estava tudo bem com ela.

Esta consulta foi no dia 08/09/2009, referiu os sintomas para a médica e ela pediu alguns exames urgentes.

Essas análises incluíram:

Uma mamografia bilateral acusou ter corpos mamários de padrão fibrogranular densos e bem desorganizados no padrão arquitectural do parênquima e pequenas nodularidades de limites mal definidos. Nesta mamografia observa-se agrupamento de micro calcificações no quadrante superior esquerdo da mama esquerda, exibindo discreto pleomorfismo.

Uma ultra-sonografia mamaria que destacou uma imagem ovalada hipoecoica com reforço acústico posterior, de limites bem definidos, que pode corresponder a cisto de conteúdo espesso e secundariamente a nódulo sólido.

No dia 10/09/2009 foi realizada uma magnificação selectiva no quadrante supero externo da mama esquerda que revela um agrupamento de microcalcificações, algo pleomorfas, com área de densidade focal associada, no quadrante superior esquerdo da mama esquerda.

Ela foi informada que possuía um nódulo na mama esquerda e que possivelmente seria submetida a uma cirurgia mas que antes seria preciso fazer um outro exame para localização pré-cirúrgica com fio metálico pelo método de agrupamento de agrupamento de microcalcificações localizado no quadrante superior esquerdo da mama esquerda

Este exame acusou com uma carcinoma ductal *in situ* multifocal de padrão sólido e também a presença moderada de displasia e leve infiltrado inflamatório.

Depois de todos esses exames foi confirmado o diagnóstico e ela foi operada no dia 15 de Outubro do ano 2009.

Actualmente ela encontra-se bem de saúde, fez uma ecografia mamária das mamas que apresentava com a pele normal com espessura e ecogenecidade normais. Fez uma reconstrução mamária e sente-se muito bem.

### **Conteúdos colhidos na entrevista e sua interpretação relacionado com a doença e a mastectomia**

#### I - Percepção da doença

A análise do depoimento que conte, este núcleo temático, revela a percepção do significado e nível de conhecimento sobre o cancro da mama para a mulher. O cancro foi referido no depoimento como uma ameaça palpável a despeito da palavra morte.

Em sua maneira de falar, a Sra. Orquídea delimita o significado do cancro de mama como uma doença monstruosa, abominável. Um mal irreversível, incurável e, consequentemente, fatal.

*“É uma doença que mata ,que não devia existir, é algo horrível”.*

Essa percepção mostra claramente que as mulheres quando deparam com uma doença como o cancro da mama, logo a primeira vem a ideia de morte , ou seja algo que é irreversível .

Segundo mostra a literatura, “O cancro é experienciado emocionalmente de modo diverso por cada indivíduo, e constitui para todos uma ameaça à vida” (Varela, 2007, p.481).

As pessoas normalmente não pensam muito em doença até que sejam acometidas por elas. No relato a Sra. Orquídea mostra que não tinha nenhuma ideia sobre o significado do cancro da mama até que ela foi diagnosticada por ela.



Mostra que nunca teve nenhum interesse em saber muito sobre esta doença, mostra através das suas palavras:

*“Nunca pensei nesta doença anteriormente, mas agora depois que o meu tio morreu com o mesmo problema e também fui diagnosticada, eu penso nesta doença todos os dias e pesquizo muito”*

## II - Conhecimento cancro da mama

Esta categoria, incide sobre a forma de como tomou conhecimento sobre a sua doença, e o processo de tratamento.

Em relação esta categoria constatou-se que a Sra. Orquídea tomou conhecimento da sua doença simplesmente porquê resolveu fazer uma consulta por curiosidade no Brasil visto que já tinha feito todas as consultas aqui em cabo verde e disseram-lhe que estava tudo bem.

*“Fui fazer a consulta só para confirmar que não tinha nada, porque aqui em cabo verde disseram-me que não tinha nada [...] ainda bem que fui, porque o diagnóstico foi feito a tempo de fazer um tratamento com um bom resultado”.*

Segundo Lowdermild (2002, p.131) “o diagnóstico precoce reduz a taxa de mortalidade, porque quando o cancro é encontrado menor as lesões são mais bem localizadas e tende a existir uma percentagem menor de gânglios positivos”.

## III - Reacção ao diagnóstico

Esta categoria incide sobre o impacto do diagnóstico que o cancro da mama causa na mulher a nível psicológico e a importância do apoio familiar.

Constatou-se que o diagnóstico do cancro da mama causa um grande impacto emocional para uma mulher. O momento da descoberta do cancro foi, segundo Orquídea, o pior momento, pois evocou sentimentos de impotência e medo. Segundo Araújo (2011, p.2) “perante o diagnóstico de cancro da mama, a mulher vive momentos de grande angústia, ansiedade e sofrimento, ao associar o diagnóstico à morte”. Percebe-se, então, que Orquídea vivenciou os sentimentos comuns, segundo a literatura, para esse difícil momento.

Mostra através do seguinte relato:

*“Nem sei, quando foi confirmada o diagnóstico estava no Brasil sozinha e foi desesperante e pensava só na morte, tive muito medo porque disseram que eu tinha que ser operada urgentemente”.*

O impacto do diagnóstico de cancro da mama para a mulher pode causar sentimentos de frustração e certeza de morte. Não que o diagnóstico de cancro de mama representa directamente a morte, “este vai causar distúrbios de ordem psíquica e emocional, originado a certeza de morte” Regateiro (2004, p.269).

Constatou-se que os familiares são de extrema importância quando um membro é diagnosticado com um cancro da mama, a doença causa nos familiares um grande impacto emocional visto que um membro encontra-se doente, porque com um membro doente vai desestruturar o equilíbrio da família e ela é o principal centro de apoio neste momento.

*“O apoio da minha família foi de extrema importância, pois sentia-me perdida e sem força para o tratamento, [...] “ficaram muito abatidos por causa do diagnostico mas depois juntaram comigo na luta para a sobrevivência”.*

Quando uma família é colocada perante uma doença grave de um dos seus membros, todos os seus elementos vão passar pelo sofrimento que o ele passa, todos vão sentir a carga emocional ligada a doença.

Seguindo a linha de pensamento, Figueiredo (2009, p.31) realça que “a família constitui-se assim como factor de adversidade ou de protecção relativamente aos processos de saúde e doença dos seus membros e aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento”.

#### IV - Significado da mastectomia

Esta categoria incide sobre o significado da mastectomia para a mulher, bem como o impacto psicológico que ela causa.

Identificou-se a vontade da mulher em fazer a mastectomia como uma possível cura mas também, o medo da mulher perante as implicações de uma mastectomia, visto que a mastectomia pode representar para a mulher a cura mas também pode representar a perda de um membro muito valorizado perante a sociedade.

Isso é visível no relato que se segue:

*“No princípio só pensei na mastectomia como sendo a minha cura, mas depois veio na minha mente a palavra mutilação e como consequência a perda da minha mama e perguntei-me? oh senhor o que vai ser da minha vida depois dessa mastectomia ...como é que vou passar a vestir-me?”*

A mastectomia pode ser considerada para a mulher como sendo a cura mas também pode causar implicações a nível psíquico, pois a mastectomia vai intervir directamente na imagem corporal da mulher o que vai causar um baixo de auto-estima.

#### V - Significado da perda

Esta categoria está relacionada à auto-avaliação da entrevistada depois da mastectomia.

Constatou-se claramente que a mastectomia interfere na qualidade de vida da mulher, provocando uma série de mudanças a nível físico e psicológico, interferindo no modo como se sente em relação a si mesma e no modo como percebe a vida. Percebeu-se que a mastectomia causa a alteração na percepção do próprio corpo causa uma insatisfação e a não-aceitação, também gera sentimentos de auto depreciação e impotência.

Isso é visível no relato que se segue:

*“Quando acordei da cirurgia nem conseguia olhar-me no espelho [...] sentia-me feia, não conseguia imaginar a minha vida sem uma mama”.*

Constatou-se que as mamas, representam para a mulher uma fonte de simbolismo, uma forte carga simbólica de feminilidade, sensualidade. A sua feminilidade é expressa pelo erotismo, pela sensualidade e pela sexualidade e perda pode provocar um isolamento pois a sociedade tem uma conotação simbólica muito grande para as mamas e quem estiver com uma imperfeição será estigmatizada ou seja tratado de uma forma diferente como se fosse um ser estranho.

Isso é visível no seguinte relato:

*“A mastectomia causou-me muitas perdas, isolei-me da sociedade [...] tinha vergonha de sair para a rua porque tinha medo de ser vista de forma estranha como alguém diferente ou como uma mulher incompleta porque muitas vezes quando saía para a rua vestida diferente de antigamente algumas pessoas curiosas perguntavam-me porque estava vestida daquela maneira mas eu tinha a certeza que sabiam da minha doença e perguntavam como uma forma de me estigmatizar [...]”.*

## VI - Relacionamento conjugal

Esta categoria recai sobre algumas implicações causadas pela mastectomia no relacionamento com o parceiro. Refere-se ao comportamento parceiro em relação à doença (apoio, compreensão, rejeição), às alterações positivas ou negativas no relacionamento afectivo do casal, e também à avaliação da vida sexual do casal antes e depois da mastectomia.

Durante a entrevista constatou-se que ao retomar a vida sexual a mulher sente muita diferença e tem medo do parceiro não aceitá-la mais.

Após a mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida sexual. Mesmo quando existe uma forte e satisfatória vida sexual antes da doença o *stress* emocional, a dor, a fadiga, o insulto à imagem corporal e a baixa auto-estima decorrentes da mastectomia podem desorganizar o funcionamento sexual do casal.

*“Antigamente a vida conjugal com o meu marido era bastante difícil, tínhamos muitas discussões e ele passava vários dias fora de casa, hoje como dizem (há males que vem para o bem), porque durante o tratamento da minha doença o meu marido tornou uma pessoa muito melhor, passou a tratar-me muito bem e nunca senti nenhuma rejeição por parte dele [...] antes a nossa vida íntima era boa mas agora é tudo diferente muito melhor”.*

*“No princípio tinha medo de ser rejeitada por ele e assim não deixava que ele me tocasse, mas depois com todo carinho que ele me proporcionava relaxei um pouco e assim retomamos a nossa vida sexual normalmente”.*

Nem sempre as mulheres são rejeitadas pelo companheiro, as vezes são as mulheres que se isolam por considerarem inferiores a outras mulheres e tem medo de serem rejeitadas pelos companheiros.

## VII - Apoio de profissionais de saúde

Esta categoria representa a importância das intervenções de enfermagem perante as implicações psicossociais que a mastectomia causa na mulher.

Segundo Hesbeen (2003, p.15) “o enfermeiro tem por missão tentar ajudar a pessoa a criar uma maneira de viver portadora de sentido para ela e que seja compatível com a situação em que se encontra”. Analisando esta categoria foi possível identificar a importância da comunicação entre o enfermeiro, o utente e familiares para minimizar as implicações que a mastectomia causa na mulher, através do seguinte relato:

*“Ainda bem que existem enfermeiros nos hospitais [...]”.*

*“Tive todo o apoio que precisava por parte dos enfermeiros desde aqui em Cabo Verde, até quando cheguei no Brasil, e foram de extrema importância durante todo este processo de sofrimento que eu vivi juntamente com a minha família”.*

*“Explicaram-nos tudo sobre a minha doença e sobre o tratamento e isso sossegou-nos um pouco, porque disseram-me que poderia ficar sem a minha mama, mas que mais tarde poderia fazer uma reconstrução mamária se assim desejasse”.*

*“Quando o meu marido foi para o Brasil, ele teve todo o apoio por parte da equipa de enfermagem, explicaram-lhe tudo o que havia passado e as possíveis consequências por isso o meu marido dê-me todo o apoio que precisava”.*

*“Os meus familiares também tiveram todo o apoio por parte da equipa de enfermagem”.*

Este relato mostra como as intervenções de enfermagem podem minimizar as consequências psicossociais que uma mastectomia pode causar na mulher pois, através da comunicação o enfermeiro é capaz de transmitir conhecimentos importantes sobre um dado tratamento para o utente e familiares, como também transmite confiança, optimismo o que vai favorecer na adesão ao tratamento bem como na sua recuperação.

O enfermeiro envolve a família de uma forma geral no processo de tratamento, porque “é fundamental que o enfermeiro compreenda que a família necessita principalmente de apoio psicológico para recuperar o equilíbrio e bem-estar da família e do seu utente” (Hanson, 2005, p.10).

#### VIII - Relacionamento profissional

O trabalho normalmente está incluído numa das implicações sociais visto, quando a mulher vai trabalhar vai estar directamente incluída na convivência social.

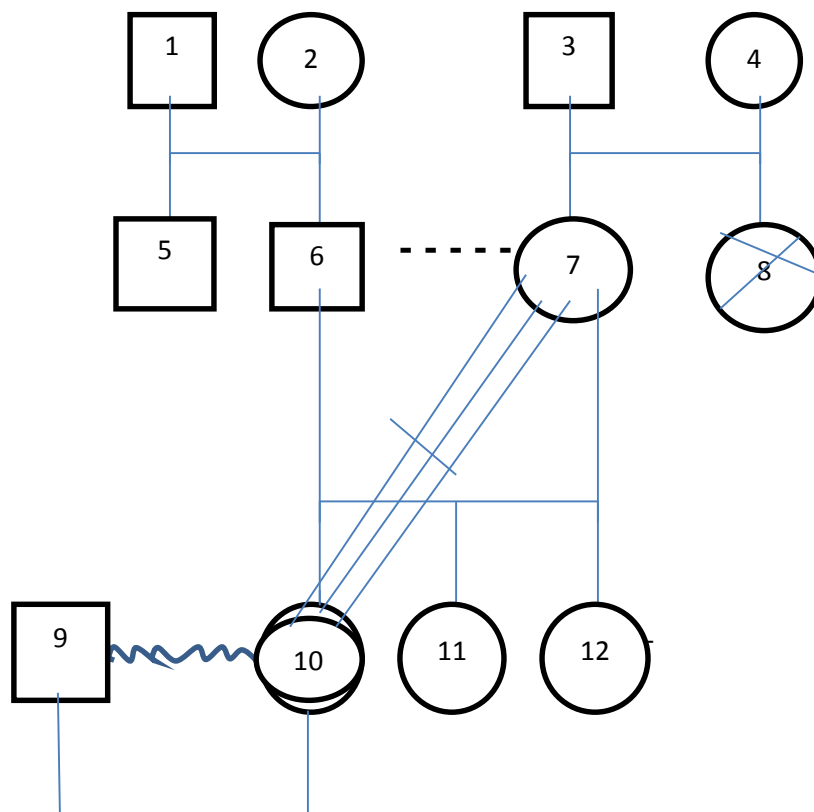
Quando for sujeita a uma mastectomia o seu relacionamento no trabalho também altera porque a mulher sente vergonha de ser vista perante os colegas de trabalho e ser estigmatizada.

Como afirma no relato:

*“Quando fui mastectomizada partitamente deixei de trabalhar, tinha vergonha de ser encarada pelos meus colegas e pelos meus alunos de forma diferente [...] só depois de algum tempo depois da aceitação é que consegui retomar a minha vida profissional”.*

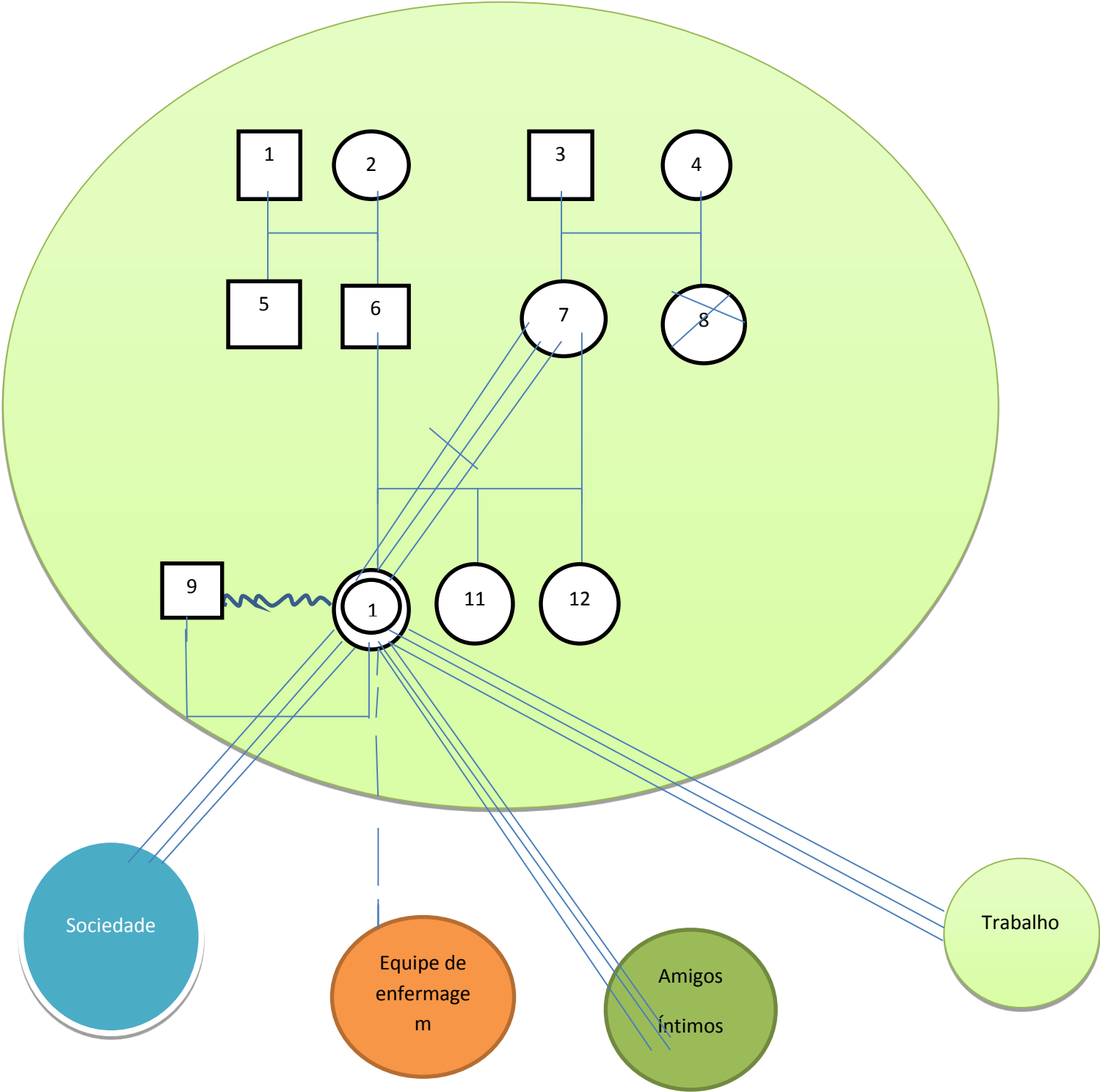
Genograma e ecomapa do contexto familiar da Sra. Orquídea antes da mastectomia.

**Figura 2 - Genograma**



Fonte: elaboração própria

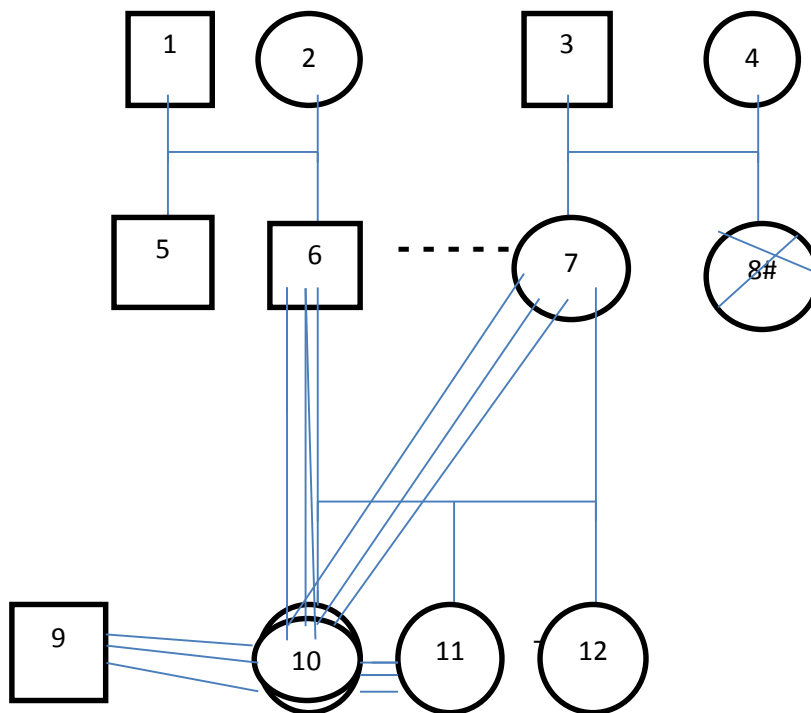
Figura 3 - Ecomapa



Fonte: elaboração própria

## Genograma e Ecomapa depois da mastectomia

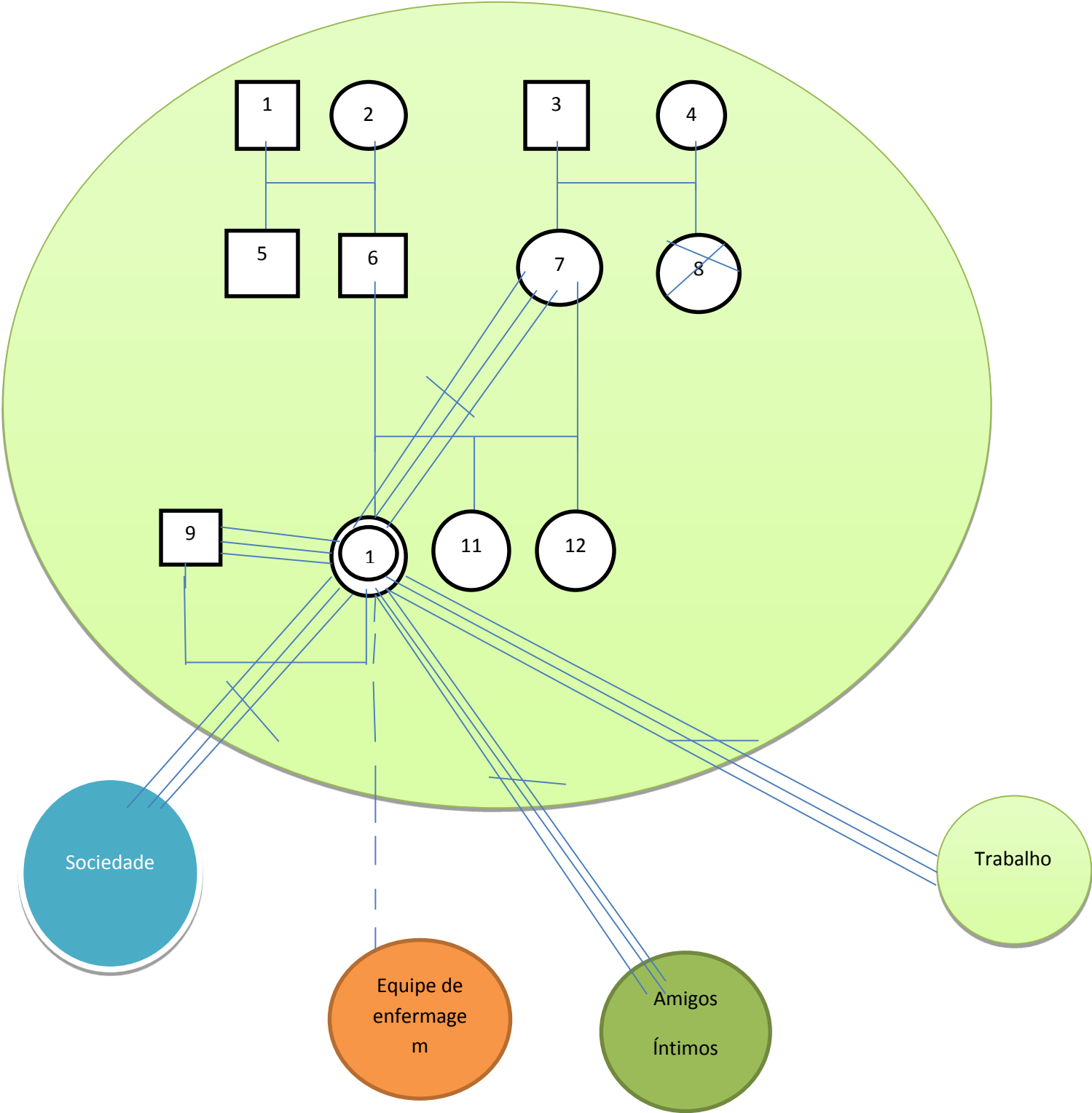
**Figura 4 - Genograma**



Fonte: elaboração própria



Figura 5 - Ecomapa



Fonte: elaboração própria

Com a pesquisa bibliográfica bem como a entrevista realizada para o estudo do caso clínico, ficou comprovada que a mastectomia causa diversas mudanças na mulher e como consequências várias implicações psicossociais e a enfermagem é de extrema importância neste processo de tratamento.

O enfermeiro deve encarar-se a saúde da mulher numa perspectiva holística e biopsicossocial, encarar a mulher como um todo no que diz respeito à sua doença e tratamento. Deste modo, a análise e discussão dos dados tiveram especial importância a avaliação de factores que determinam as reacções da mulher perante o processo de diagnóstico e tratamento em especial a mastectomia e a forma como determinadas variáveis, nomeadamente de natureza cognitiva, social e cultural, podem influenciar o modo como as pessoas se confrontam com determinado problema de saúde com que se deparam.

Neste sentido conclui-se que a intervenção de enfermagem face a este tratamento foi de extrema importância para a mulher e familiares, porque ajudou a minimizar as implicações causadas por esta, visto que este tratamento tem um grande impacto psicológico na mulher e familiares. A mastectomia afecta a vida da mulher, sentindo-se esta frequentemente desgastada pelas múltiplas exigências que o tratamento impõe e pela necessidade de lidar com elas no seu dia-a-dia, numa tentativa de evitar as complicações causadas por esta.

Segundo Regateiro (2004, p.30):

“A enfermagem dirigida ao tratamento do cancro é um desafio a criatividade, aptidão e empenhamento do enfermeiro, pois para poder ser eficaz como pessoa que ajuda, este deve conhecer o impacto emocional que o diagnóstico e tratamento do cancro tem sobre o utente e família, porque esta reacção emocional afecta todos os aspectos dos cuidados de enfermagem”.

Assim chega ao fim da análise dos dados, satisfeita pois apurou-se que as intervenções de enfermagem face ao tratamento de cancro de mama (mastectomia), podem minimizar as implicações psicossociais causadas por esta, tendo em conta que o enfermeiro intervém perante este problema desde o momento do diagnóstico até o tratamento junto do utente e família.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem como profissão, reconhece a investigação científica como forma de ampliar os conhecimentos essenciais não só para a sua prática como também para a tomada de decisões inteligentes adequadas a prestação de cuidados em enfermagem. A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica de conhecimentos elevando a enfermagem a um estatuto científico. A realização da monografia, proporcionou momentos de reflexão e permitiu ampliar os conhecimentos sobre as implicações psicossociais causadas pela mastectomia para a mulher, os sentimentos vivenciados por elas e as intervenções de enfermagem, face a esta problemática., revelando-se uma experiência satisfatória.

Foi a partir do Ensino Clínico no Ambulatório de oncologia Do hospital Dr. Batista de Sousa que surgiu essa problemática, com o objectivo de identificar as intervenções de enfermagem de modo a minimizar as implicações psicossociais causadas pelo mastectomia. Considera-se o tema de grande pertinência pois teve-se a oportunidade de ver a importância do enfermeiro na prestação de cuidados do utente de uma forma globalizada.

Foi neste contexto que surgiu a oportunidade de estudar um caso clinico relacionado com problemática dentro do nosso contexto social. A metodologia utilizada possibilitou a identificação das variáveis analisadas que surgem em relação a mastectomia como: o deficit de conhecimento da utente diante da doença e tratamento; as implicações bio-psico-social que surgem depois da mastectomia; estratégias de intervenções dos enfermeiros para minimizar estas implicações psicossociais, onde a família auxilia na recuperação e no bem-estar da utente, o enfermeiro auxiliando com as dúvidas e amenizando a angústia e delineando estratégias para minimizar as dificuldades encontradas pela mulher no decorrer do tratamento.

Para expor as evidências identificadas, foram determinadas as seguintes categorias temáticas: percepção da doença, conhecimento do cancro de mama, reacção ao diagnóstico, significado da mastectomia, significado da perda, relacionamento conjugal, apoio de profissionais de saúde, relacionamento profissional. Analisada esta categorias foi possível averiguar que a intervenção de enfermagem é um factor importante, para minimizar as implicações psicossociais que a mastectomia causa na mulher visto que o impacto emocional frente ao tratamento do cancro (mastectomia) foi evidenciado em diversos sentimentos.

Alguns desses sentimentos incluem: medo, insegurança, tristeza, desespero diminuição de auto estima e *stress*, gerados em função do receio da mastectomia, o enfrentar as incertezas ligadas às possibilidades de cura, seguida da perspectiva de conviver com a mutilação e sua influência sobre a vida social e afectiva.

Analisando o estudo de um caso clinico dentro do nosso contexto social foi possível identificar as mesmas emoções causadas pela mastectomia citadas pelos autores durante a pesquisa bibliográfica. Esta semelhança só nos mostra que a mulher cabo-verdiana, independentemente da nossa cultura vive a experiência de mutilação da mesma forma que outras mulheres pois a na nossa sociedade também se valoriza muito a imagem corporal e quem não estiver no padrão padronizada pela sociedade são estigmatizadas.

Foi também evidenciada com o estudo, a importância da intervenção de enfermagem na família do utente como forma de ajudar na aceitação do tratamento bem como o processo de reabilitação social. Reconheço que este estudo apresenta algumas limitações.

Ao realizar este estudo, deparou-se com alguns obstáculos e limitações como a falta de livros, dificuldade de fazer a entrevista por difícil acesso a amostra devido a separação das ilhas visto que essas mulheres vem para consultas de seis em seis meses, mas, apesar de tudo, foram superadas essas barreiras e pode-se dizer que o estudo foi concluído com satisfação, permitindo a aquisição de novos conceitos desconhecidos, contribuindo assim para o desenvolvimento das competências tanto profissionais como pessoais. Reconheço que esta temática é merecedora de um estudo mais alargado, com uma amostra mais significativa mas devida aos obstáculos optou-se por fazer um estudo de um caso clinico como forma de compreensão da problemática.

Conclui-se que a mastectomia é um tratamento que causa diversas implicações na vida da mulher, alterando a seu estilo de vida anterior, mas se a enfermagem intervir de uma forma globalizada, analisando a mulher como um todo no seu contexto bio-psico-social vai minimizar estas implicações psicossociais.

## **Propostas**

Falar num único trabalho sobre as implicações psicossociais da mastectomia na mulher levou a que se repensasse futuros trabalhos a serem desenvolvidos com o foro de enriquecer o conhecimento científico, nisto propõe-se:

Novos trabalhos sobre cuidados de enfermagem a mulher mastectomizadas;

Perceber qual o conhecimento dos enfermeiros face as implicações bio-psi-social da mastectomia na mulher;

Compreender quais as dificuldades das mulheres mastectomizadas na sociedade tendo em conta a realidade cabo-verdiana.

Sistematização de cuidados nos utentes com cancro de mama e no apoio psicossocial da mastectomia.

Qualificação que inclui especialidades, formações para enfermeiros que prestam cuidados relacionados com a oncologia particularmente patologia da mama.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, Z, (1989),O comportamento psicológico do doente oncológico-componente ansiedade. Lisboa.Altschul, (s/d),A psicologia em enfermagem: Manuais de enfermagem. Edição nº2367, publicações Europa, América Lda.

Ambrósio, Daniela, (2011), Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. Dissertação de Doutoramento, Universidade de São Paulo. Acedido em 31-08-2014 as 20:53h [online]  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-3772201100040001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3772201100040001)

Araújo, Filipa, (2011), Intervenção Psico Educativa em Sobreviventes de cancro da mama, trabalho de conclusão de licenciatura, elaborado na Universidade de Aveiro Departamento de Educação. Acedido em 02-09-2014 as 15:37h [online]  
<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/6240/1/Tese%20Filipa%20Ara%C3%BAjo.pdf>

Berek, S Jonathan, (2005),Tratado de Ginecologia. 13ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Guanabara

Berger, Peter e Luckmann, Thomas, (1998): “A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento, Rio de Janeiro, editora Vozes, 4ª edição

Bittencourt, A., Menezes, M., Sória, D, e Sousa, S, (2008), Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. Acta Paul Enfermagem, (22), 5, (702-706)

Black, J. M; Jacobs, E. M, (1996), Enfermagem Médico-cirúrgico: Uma Abordagem Psicofisiologia, Volume II, 4ª Edição, Rio de Janeiro.

Bruges, M.L.B, (2007), Mastectomia e autoconceito. Loures, Lusociência.

Chagas, Carlos (2011),Tratado de mastectomia da SBM, volume I. Editora Revinter. Lda. Rio de Janeiro.

Chagas, Carlos et al, (2011), Tratado de mastologia da SBN. Volume II. Rio de Janeiro, Editora Revinter Lda.

Chagas, Carlos et al, (2011),Tratado de mastologia da SBN. Volume I. Rio de Janeiro. Editora Revinter Lda.

Clark J.C; M.C.G.E., (1997),Enfermagem em oncologia: Um curriculum básico.2ª edição Porto Alegre.

Couver, Chantal, (2011). A qualidade de vida, Arte para viver no século xxi. Luso ciência-edições técnicas e Lda.

Ferreira, Barros, (2001), Saúde e bem-estar, 1ª edição. Edições Asa-Divisão gráficas.

Figueiredo, Maria Henriqueta, (2010), Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem- Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em; [file:///C:/Users/UniMindelo/Downloads/12559-47695-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/UniMindelo/Downloads/12559-47695-1-PB%20(2).pdf) em 25 -08 2014 as 20:25h

Figueiredo, Maria, (2009), Enfermagem de família: Um contexto do cuidar, Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no instituto biomédica Abel Salazar, universidade do Porto. Acedido em 31-08-2014 as 19:34h [online] <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20lia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Fortim. Marie-Fabien, (1999), O processo de investigação: Da concepção a realização, Luso ciência-edições técnicas e científica Lda.

Fortin, Marie (2009), Fundamentos e etapas do Processo de investigação. 5ª edição, Portugal, edições Luso ciência.

Freixo, Manuel, (2012), Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas. 4ª edição, Lisboa.

Graca, Albertino (2012), Introdução a Investigação científica: Guia para investigar e dirigir, Edição da Universidade do Mindelo

Goffman, E, (1975), Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada., Rio de Janeiro.

Hanson, Shirley, (2005), Enfermagem de cuidados de saúde de família: Teoria, prática de investigação. 5ª edição. Luso ciência edições técnicas e científicas, Lda. Loures. Portugal.

Hendersom, Virgínia, (2004). Princípios básicos dos cuidados em enfermagem do CIE. Editora Luso didáctica.

Henriques, Fernando, (2004). Percursos da adaptação e qualidade de vida. Edição Formassau. Coimbra.

Hesbeem, Walter, (2003), A reabilitação: criar novos caminhos. Editora Luso ciência, Portugal. [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_arquivos/6/TDE-2006-03-30T081631Z-1151/Publico/ana%20claudia.pdf](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2006-03-30T081631Z-1151/Publico/ana%20claudia.pdf)

- Israel, Simone, (1978), O cancro nos dias de hoje. Edição Grased et fasquelle.
- Jane C. Rothroch, (2008), Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª Edição Luso didáctica, Elsevier Brasil.
- Laborde, Simone, (1997), O cancro: O que é, como se diagnostica, pode tratar-se. Coleção saber.
- Lowdermild, Deitra Leonord, (2002), O cuidado em enfermagem materna. 5ª edição- porto alegre: Artmed editora.
- Luiz, José, (2007), Introdução a psicologia da saúde. 2ª Edição, Coimbra, Portugal. Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho académico, 2ª edição, Associação Pró Ensino Superior em Novo Hamburgo – ASPEUR, Universidade Feevale.
- Ministério de saúde do Brasil, (2002). Falando sobre o câncer da mama. Rio de Janeiro.
- Murad, Andre Marcio; Kats, Artur, (1996). Oncologia: Bases clínicas de tratamento. Editora Guarabana Koogam.
- Ogden, Jane, (2004), Psicologia de saúde. 2ª Edição. Lisboa, Climepsi editores.
- Olivaux, Thierry, (2004), Enciclopédia de ciências Larousse: Medicina e saúde, Rio Mouro.
- Otto, Shirley, (2000). Enfermagem em oncologia, 3ª edição, Luso ciência-Edições Técnicas e Científicos Lda.
- Parreira, B., Lisete M, (2007), Mastectomia e Autoconceito. Luso ciência-edições técnicas e científicas, Lda.
- Peixoto, Isaura, (2013), Educação para a saúde: Contributos para a prevenção do cancro. Luso ciência Edições técnicas e científicas, Lda.
- Pereira, M. G.; Lopes, C, (2005), O doente oncológico e a sua família. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M.G., e Lopes, C., (2002). O utente oncológico e a sua família Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores (pág. 71-99).
- Phaneuf, M, (2001), Planificação dos cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra, Quarteto Editora.
- Phipps, Wilma J; SANDS Judith K; Marek F. Jane, (2003), Enfermagem Médico-cirúrgica - Conceitos e prática clínica. 6ªed. Loures: Lusociência.
- Potter e Perry, (2006), Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos, 5ª Edição, Portugal. Editora Luso ciência.



Pronanof, Cleber e Freitas, Hernani, (2013), Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico, 2ª edição, Associação Pró Ensino Superior em Novo Hamburgo – ASPEUR, Universidade Feevale.

Quivy, Raimond, Campenhoudt Luc Van, (1998), Manual de Investigação em ciências Sociais. 2ª Edição, Gradiva Publicações.

Regateiro, Fernando, (2004), Enfermagem Oncológica. 1ª edição, Editora Formassau-Formasao de saúde, Lda.

Rezende, Jorge, (2002), Obstetrícia 9ª edição, editora Guarabana Koogan.SA Rio Janeiro.

Robbins, e Cotran, (2005), Patologia: Bases patológicas das doenças. 7. Ed. Rio de Janeiro Elsevier.

Sampaio, Ana, (2006), Mulheres com câncer de mama: Análise funcional do comportamento pós-mastectomia. Trabalho de conclusão de curso. Universidade de Campinas-Brasil- Acedido em 11-09-2014 as 01:12h [online].

Santos, Ana, (2008) Ensino Clínico em Enfermagem cirurgica, [http://entrelinhas.weebly.com/uploads/3/5/3/1/3531036/livro\\_estgio\\_-\\_2ano\\_med\\_i.pdf](http://entrelinhas.weebly.com/uploads/3/5/3/1/3531036/livro_estgio_-_2ano_med_i.pdf) acessado em 17/01/14, 20:30..

Santos, V, (2008), Trabalhos Acadêmicos: uma orientação para a Pesquisa e Normas Técnicas. Porto Alegre: AGE.

Seara, Maria de Lurdes, (2012), Imagem Corporal e função Sexual. Trabalho de conclusão de curso apresentado na universidade de Lisboa. [online], Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/7346>, Acedido em 22-1-1014 as 18:30h

Sousa, A.C. e Simões, A.C, (2005), Auto exame da mama. Importância de sua prática. 3ª Edição Lisboa.

Sousa, Maria e Batista, Cristina, (2011), Como fazer uma investigação, dissertações, Teses e relatórios. Portugal, editora LIDEL.

Townsend, Mary, (2011), Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, conceitos de cuidados na prática baseada na evidência. 6ª Edições Luso ciência edições técnicas e científicas, lda.

Tubiana, Maurice, (1997), A prevenção dos cancros. Flammarion collection Domingos. Nº112.

Varela, Margarida, (2007), Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama, trabalho de conclusão de licenciatura em psicologia, no Instituto Superior de

Psicologia Aplicada, Lisboa. Acedido em 02-09-2014 as 10:43h [online]  
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a13.pdf>

## **ANEXOS**

## **Anexo 1 - Solicitação de Autorização na Unidade de Oncologia do HBS**

**Pedido de Autorização**

*Autorização*  
*Alcides V. Gonçalves*  
*14.5.14*



**Exmo. Senhor**

**Diretor da Unidade de Oncologia do Hospital Dr. Batista de Sousa**

Eu, Diva Helena Lima Medina, estudante do 4º Ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem mui respeitosamente solicitar a Vossa Excelência se digne autorização para realizar levantamento de Dados Estatísticos relativamente a casos de Cancro da Mama diagnosticados na unidade de oncologia para o Trabalho de Conclusão de Curso, na Unidade de Oncologia, cujo tema versa sobre "A Enfermagem e as Implicações Psicossociais da Mastectomia na Mulher Cabo-verdiana, no período de Março a Junho de 2014.

Mindelo, 6 Maio de 2014

A Aluna:

Diva Helena Lima Medina

//Diva Helena Lima Medina//

A Orientadora:

Iria Santiago

// Iria Silva Santiago//

**Anexo 2** - Solicitação de autorização na Direcção do Hospital Dr. Batista Sousa

A Superintendência de Enfermagem para parecer.

*[Signature]*

15/05/14

**Pedido de Autorização**

A Comissão de  
ética do H.B.S.  
*[Signature]*  
16/05/2014

Exma. Senhora

Directora do Hospital Dr. Batista de Sousa

Com conhecimento do Director da unidade de Oncologia do H.B.S

Eu, Diva Helena Lima Medina, estudante do 4º Ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem mui respeitosamente solicitar a Vossa Excelência se digne autorização para realizar levantamento de dados para o Trabalho de Conclusão de Curso através de entrevistas na Unidade de Oncologia, cujo tema versa sobre "A Enfermagem e as Implicações Psicossociais da Mastectomia na Mulher Cabo-verdiana, no período de Março à Junho de 2014.

As entrevistas serão gravadas mediante consentimento informado assinado pelos entrevistados.

Mindelo, 6 Maio de 2014

*[Signature]*  
*[Signature]* 19/05/14  
HOSPITAL Dr. BATISTA DE SOUSA  
DA Nº 493 14/05/14  
O Funcionário  
*[Signature]*

A Aluna:

Diva Helena Lima Medina

//Diva Helena Lima Medina//

A Orientadora:

Iria Santiago

// Iria Silva Santiago//

Aprovado pela Comissão  
de ética. H.B.S.  
16/05/2014

**Anexo 3** - Declaração de matrícula entregue no Hospital Dr. Batista de Sousa



Exma. Senhora Directora  
Hospital Baptista De Sousa  
Dra. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 21 de Março de 2014

Assunto: Recolha de Dados para Monografia do Final de Curso

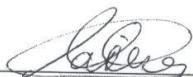
A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio comunicar que no âmbito do Ensino Clínico Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, integrado no 2º Semestre do 4º Ano do curso, os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar-me.

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros e profissionais da saúde de Cabo Verde.



A Coordenadora do curso Licenciatura Em enfermagem

Enf.ª Acelia Mireya Caceres

Universidade do Mindelo

Departamento Escola de Saúde



Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: [mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv](mailto:mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv)

#### **Anexo 4 - Consentimento livre e esclarecido**

## **Termo de consentimento**

A pesquisa que ira participar busca investigar as mudanças ocorridas na vida das mulheres após a cirurgia de mastectomia. Ela será conduzida por Diva Helena Lima Medina, aluna do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem na universidade do Mindelo sob orientação da enfermeira Iria Silva Santiago para o desenvolvimento da sua monografia.

Sua participação consiste em dois momentos. Primeiro você ira preencher uma ficha de consentimento informado e em segundo participará numa entrevista onde serão investigadas as mudanças ocorridas na sua vida após a cirurgia de mastectomia como também tudo o processo desde o diagnóstico até a chegada do tratamento.

As entrevistas serão gravadas para posterior transcrição. Entretanto qualquer dado que possa lhe identificar será omissos.

A sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento se assim o desejar não oferecendo-lhe nenhum prejuízo.

Eu ----- declaro que fui informado sobre a pesquisa e autorizo minha participação, assim como a publicação dos resultados.

Assinatura do entrevistado

-----

Assinatura da entrevistadora

-----

São vicente-----de .....de .....

## **Anexo 5** - Guião de entrevista

## **Guião de Entrevista**

**Tema de estudo:** A enfermagem e as implicações psicossociais da mastectomia na mulher cabo-verdiana

### **Objectivo geral de estudo**

➤ Identificar as implicações psicossociais da mastectomia na mulher cabo-verdiana.

### **Grupo I: Informações pessoais**

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Estado Civil: Cônjuge (noivo/ namorado):

Profissão:

Menarca:

Data de cirurgia:

Tipo de cirurgia realizada:

Local de cirurgia:

Tratamentos realizados pós cirurgia:

Religião:

Nº de Filhos:

### **Grupo II: Percepção da doença**

1-O que o cancro significa para si?

2-Tinha alguma ideia sobre o significado do cancro da mama?

### **Grupo III Conhecimento do cancro de mama**

1-Como foi que a senhora teve conhecimento sobre a sua doença?

2-Fazia consultas periódicas de ginecologias?

3-Quantas vezes por ano?

**Grupo VI: Reacção ao diagnóstico**

- 1- Qual foi a sua reacção quando foste diagnosticada com cancro de mama, teve medo? -
- 2- Como reagiu perante este diagnóstico?
- 3- Como reagiram os seus familiares depois deste diagnóstico?
- 4- Qual foi o seguimento que fez depois do diagnóstico?

**GRUPO V: Significado da mastectomia**

- 1- O que a mastectomia significou para si?
- 2- Como sentiu quando lhe disseram que iria ser mastectomizadas?
- 3- Pensou nas consequências que a mastectomia iria lhe trazer ou pensou somente na cura?

**GRUPO VI: Significado da perda**

- 1- O que sentiu depois que foi mastectomizada em relação a perda duma das mamas?
- 2- Teve dificuldade de aceitar a si mesma com a sua nova condição física?
- 3- Teve medo de não ser aceite perante a sociedade visto que a mama é um símbolo de grande importância para a imagem corporal?

**GRUPO VII: Relacionamento conjugal**

- 1- Mudou alguma coisa no seu relacionamento conjugal depois da mastectomia?
- 2- Teve todo apoio que precisava por parte do seu companheiro?
- 3- Sente-se confortável para ter relacionamento íntimo com o seu companheiro sem ter receio de ser rejeitada?

**GRUPO VIII** Apoio de profissionais de saúde

1-Teve total apoio por parte dos enfermeiros pré e pós cirurgia?

2-O que pensa em relação ao desempenho dos enfermeiros em relação a esta doença?

**Grupo IX** Relacionamento profissional

Teve algum problema em voltar para a sua vida profissional?

## Anexo 6 - Legenda do Genograma e do Ecomapa

### Legenda de símbolos



Masculino



Feminino



Morte



Vinculo conjugal



Pessoa núcleo

1 e 2 –Avos maternos

3 e 4- Avos paternos

5 -Tia avó

6 –Pai Orquídea

8-Tia avo, morte cancro

9-Marido Orquídea

10-Orquidea

11 e 12-Irmaos Orquídea



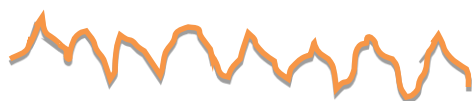
## Padrões de interacção familiar



Relação muito próxima



Relação afastada



Relação conflituosa



Relação conflituosa